

IV Reunión del Consorcio de Neuropsicología Clínica

Palma de Mallorca, 22-25 de febrero de 2011

Ponencias

P1.

El aprendizaje como estado funcional

J.M. Delgado García

División de Neurociencias.
Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.

Desde hace varias decenas de años, los neurocientíficos han prestado un interés creciente al estudio de los mecanismos neuronales que subyacen al aprendizaje motor y cognitivo. Se trata de determinar cómo las distintas estructuras cerebrales hacen posible los procesos de aprender y recordar. Uno de los modelos experimentales más utilizados es el condicionamiento clásico del reflejo corneal. Se describen las características cinéticas de los movimientos palpebrales reflejos y aprendidos, así como las propiedades funcionales de las motoneuronas faciales que inervan el músculo orbicular de los párpados. Se hace especial referencia a los centros nerviosos relacionados con el aprendizaje asociativo. En particular, se explica el papel del núcleo interpósito posterior del cerebelo en la generación y control de los movimientos palpebrales aprendidos. Así mismo, se muestra que el hipocampo participa también en este tipo de condicionamiento asociativo, contribuyendo a la identificación de la relevancia o valor predictivo del estímulo condicionado, pero no a la ejecución de la respuesta palpebral aprendida. También se describe la contribución de las cortezas somatosensorial, motora y prefrontal a este tipo de aprendizaje, y se comparan los mecanismos neuronales subyacentes a otros tipos de aprendizaje asociativo

no asociativo. Se presentan datos inéditos de las posibles relaciones entre los cambios de actividad sináptica dependientes de aprendizaje con los que se producen mediante la inducción experimental de potenciación o depresión a largo plazo, y se presentan datos actuales sobre las ventajas del uso de ratones manipulados genéticamente en este tipo de estudios.

P2.

Potenciales evocados y lenguaje

M. Vázquez Marrufo

Universidad de Sevilla.

El procesamiento de los estímulos que incluyen aspectos del lenguaje es sin duda uno de los principales retos en la neurociencia actual. Existen diversas teorías, desde la lingüística o desde la psicología, que han planteado mediante estudios, principalmente conductuales, los posibles mecanismos para la recepción, procesamiento y respuesta ante material verbal. Sin embargo, las bases neurobiológicas de esos mecanismos siguen, incluso hoy día, poco estudiados y ofreciendo cierto soporte a los modelos teóricos que se citaban anteriormente. Un posible enfoque es el estudio mediante técnicas de psicofisiología de diversos aspectos del procesamiento en el lenguaje. En particular, se está realizando un importante esfuerzo por describir las regiones del cerebro encargadas de los diversos niveles de procesamiento (ortográfico, fonológico, etc.) y cómo es su modo de actuación. En este sentido, los potenciales evocados han aportado algunas evidencias sobre el *timing* en el que ocurren diferentes procesos. Se describen los diferentes componentes de los potenciales evocados

en relación a la ortografía, fonología, sintáctica o semántica, y se indica un modelo actual propuesto para el lenguaje y algunas limitaciones en esta clase de estudios.

P3.

Neuroimagen funcional y lenguaje

J. Deus i Yela^{a,b}

^a Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Facultad de Psicología. Universitat Autònoma de Barcelona. ^b Unidad de Investigación en Resonancia Magnética. CRC-Hospital del Mar. Barcelona.

En las dos últimas décadas, el estudio del lenguaje oral y escrito mediante la neuroimagen funcional y estructural ha proporcionado una eclosión de nuevos datos del procesamiento cerebral del lenguaje y la ratificación de los clásicamente conocidos. Así mismo, la aplicación de dichas técnicas en el estudio de la etiopatogenia de los trastornos del desarrollo del lenguaje ha posibilitado la consolidación de la presunción, incluso clásica, de la posible anormalidad de sus bases neurobiológicas. Los numerosos trabajos publicados permiten concluir, básicamente, los siguientes aspectos. En primer lugar, predicho en el siglo XIX, el procesamiento del lenguaje está relativamente lateralizado, especialmente para el componente sintáctico-léxico-semántico, en el hemisferio izquierdo para la mayoría de los sujetos con dominancia lateral manual diestra y, en menor medida, zurda. Dicha lateralización se justifica por las asimetrías estructurales innatas lobares y de mielinización. Incluso se plantea que una anormal lateralización cerebral del lenguaje pueda ser una de las etiologías de un trastorno

del desarrollo del lenguaje. En segundo lugar, las regiones que procesan el lenguaje no se limitan a las clásicas áreas de Broca (BA44) y de Wernicke (BA22), sino que implican otras áreas del hemisferio izquierdo con una función lingüística determinada, como la circunvolución temporal superior, la corteza temporal ventrolateral posterior (BA37), la circunvolución fusiforme (BA20), la circunvolución angular (BA39), la circunvolución supramarginal (BA40), la corteza prefrontal dorsolateral, la circunvolución frontal inferior (BA 44, 45 y 6), el área motora suplementaria y la circunvolución angular anterior (BA24). Finalmente, la normal neuromaduración de la sustancia blanca perisilviana parece relacionarse con el nivel de funcionamiento lingüístico.

P4.

Evaluación neuropsicológica de los procesos lingüísticos en las afasias

F. Cuetos Vega

Universidad de Oviedo.

Tradicionalmente, la evaluación de los pacientes afásicos tenía como objetivo clasificar a los pacientes en grandes síndromes. Este enfoque ha sido muy útil para diagnosticar a los pacientes y también para localizar las lesiones cerebrales, especialmente en los tiempos en los que no se disponía de técnicas de neuroimagen. Pero tiene algunos problemas. El primero es que pocos pacientes encajan en un síndrome, ya que la mayoría presentan síntomas que corresponden a diferentes síndromes, y son muy pocos los pacientes que presentan todos los síntomas de un determinado síndrome. Un segundo problema es que no

siempre hay una relación clara entre zona cerebral dañada y síndrome afásico. Muchos pacientes con afasia de Broca no tienen lesión en el área de Broca y numerosos pacientes con lesión en esa área no presentan los síntomas de afasia de Broca. El tercero y más importante problema es que este enfoque no explica las causas de los síntomas. Y más importante que conocer los síntomas de un paciente es interpretar esos síntomas, entender por qué se producen. Para poder interpretar los síntomas es necesario partir de los modelos de funcionamiento del sistema de procesamiento lingüístico normal averiguando, a partir de las disociaciones, qué componentes de ese sistema han quedado dañados por la lesión y cuáles permanecen intactos. Las nuevas baterías, como EPLA o BETA, permiten comprobar el estado en que se encuentra cada componente del sistema, facilitando así el diseño de programas de rehabilitación ajustados a cada paciente.

P5.

Beneficios de la música en la rehabilitación del lenguaje

G. Soria Urios

Associació de Familiars de persones amb Alzheimer i altres demències de Benifaió, Almussafes i Sollana (AFABALS).

La música es un estímulo multimodal que es procesado por redes específicas de procesamiento, implicando áreas frontotemporoparietales encargadas de integrar información motora y multisensorial. Así mismo, es capaz de provocar respuestas emocionales y promocionar la comunicación y la interacción interpersonal. Existen evidencias de que el cerebro puede modificarse con la práctica musical intensiva, de manera que áreas de producción y percepción musical se encuentran más desarrolladas. De este modo, la música es un estímulo muy potente que puede resultar sumamente beneficioso en el ámbito terapéutico. La musicoterapia implica el uso de la música para facilitar y promover la comunicación, el aprendizaje, la movilización, la expresión u otros objetivos terapéuticos con el fin

de lograr cambios y satisfacer necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Para el tratamiento del lenguaje, contamos con la terapia de entonación melódica, la cual utiliza la entonación y el tamborileo para activar áreas del hemisferio derecho homólogas del lenguaje. No existe evidencia científica suficiente que muestre su efectividad, pero su uso en pacientes afásicos y personas con autismo ha mostrado que resulta una técnica eficaz para promocionar la expresión del lenguaje; por tanto, queda abierto un amplio campo de estudio.

P6.

Rehabilitación logopédica del paciente afásico

N. Amorós López

Hospital San Juan de Dios. Centro de Neurología y Psicología Clonius. Hospital de Manacor.

Durante mucho tiempo, y tras numerosas investigaciones, son varios los métodos que se han publicado sobre la rehabilitación del paciente afásico. Esta ponencia aboga por adaptar a cada uno de los pacientes estos métodos y combinarlos con el fin de trabajar diferentes aspectos alterados del lenguaje. Para trazar un buen tratamiento resulta básica la entrevista inicial con el paciente, así como la evaluación de la afasia y de su modelo de aprendizaje. Una vez hecho esto, debe informarse de forma adecuada al paciente y a sus familiares y pedirles su colaboración. En los trastornos afásicos aparecen tanto problemas comprensivos como expresivos. Para los primeros se describen distintas actividades para trabajar la comprensión de sonidos, de palabras y de frases, y para los segundos, se brindan diferentes pautas con el fin de tratar los diversos síntomas expresivos que se observan en los pacientes. Dentro de los síntomas que alteran la expresión se encuentran los siguientes: anartria, apraxia, mutismo, estereotipias, agramatismo, ecolalia, logorrea, disprosodia, incapacidad para repetir, disnomia/anomia, parafasias fonéticas, parafasias semánticas, circunloquios, neo-

logismos y perseverancia. Si los pacientes conservan parcial o totalmente la lectura o la escritura, la mayoría de las actividades propuestas para la rehabilitación de los síntomas anteriores requerirán el apoyo de estas. Dentro de estos síntomas se encuentran los que suelen cursar con problemas comprensivos y otros que son típicos de afasias motoras o de corte expresivo. Para rehabilitar los síntomas de corte comprensivo será necesario un trabajo de inhibición y sustitución de conductas comunicativas, así como un trabajo de concienciación. En cambio, en los de corte más expresivo se priorizará la comunicación y se usarán distintas técnicas de análisis y trabajo de lenguaje tanto de forma como de contenido.

P7.

Nuevas tecnologías aplicadas al tratamiento de los trastornos del lenguaje

C. Miguel Sesma, F.M. Coll

Nousis. Palma de Mallorca.

Se presentan los SAAC (sistemas aumentativos y alternativos de comunicación), definición y enfoque de intervención basado en las competencias lingüísticas y comunicativas de la persona; se muestran los tipos de sistemas, signos, técnicas y estrategias y se hace una clasificación de estos en función del grado de tecnología de apoyo. Este enfoque de intervención, al poner el énfasis en la dimensión pragmática del lenguaje, pretende ayudar a tomar conciencia de los actos comunicativos en contextos naturales significativos que envuelven el día a día de la persona, planteando una mayor participación en su entorno familiar y social. Esto obliga a hacer un análisis de los procesos interactivos e intervenir sobre ellos complementando la rehabilitación tradicional basada en la adquisición o recuperación del lenguaje oral. Cualquier persona que presente una dificultad, bien sea permanente o transitoria, congénita o adquirida, para acceder al habla, al lenguaje o a la comunicación es candidata a usar sistemas alternativos o aumentativos de comuni-

cación, ya que el objetivo que se persigue es conseguir una ayuda lo más ajustada posible al usuario para satisfacer sus necesidades concretas de comunicación. La tecnología de apoyo no garantiza en sí una mejora de los procesos interactivos. Las técnicas y estrategias utilizadas para mejorar y facilitar la interacción, y la valoración constante de la eficacia del sistema elegido serán la clave para garantizar el éxito de la intervención.

P8.

Evolución filogenética del lenguaje

C. Rincón Ruiz^a, C. Cela Conde^b

^aHospital Infanta Leonor. Instituto Madrileño de la Salud. ^bLaboratorio de Sistemática Humana. Universitat de les Illes Balears.

Se afirma con frecuencia que el lenguaje es una facultad cognitiva que parece ser única en el mundo de la naturaleza y que nos define como seres humanos, pero a pesar de los muchos esfuerzos dedicados a la materia, todavía no se han resuelto de forma satisfactoria algunas de las cuestiones más relevantes en torno al lenguaje. Entre ellas, cuáles son los mecanismos cerebrales que sustentan esta facultad, cuáles son sus correlatos genéticos y cómo fue su historia evolutiva. Entender que el lenguaje es un rasgo único o especial conduce de inmediato a considerar que estos tres aspectos (organización cerebral, sustrato genético y evolución) son únicos o especiales y, además, se encuentran relacionados. Está implícita en numerosos trabajos la idea de que existen áreas cerebrales dedicadas a realizar funciones lingüísticas y genes específicos que contienen las instrucciones para desarrollar el lenguaje, y que la evolución de los genes y los procesos cerebrales relacionados con el lenguaje supuso una innovación total. No obstante, la investigación acerca de la evolución del lenguaje no cuenta todavía con respuestas satisfactorias. Entre los retos pendientes se encuentran: a) La clarificación de las particularidades que distinguen el lenguaje humano de otros medios de

comunicación animal; b) La identificación de correlatos anatómicos o funcionales relacionados con el lenguaje humano y que sean rastreables en el registro fósil o arqueológico; c) La identificación de alelos relacionados con el lenguaje (más allá de la producción mecánica del habla), y d) La expresión diferencial de dichos alelos en el cerebro.

P9.

Adquisición de la lectura en una segunda lengua

J.A. Ibáñez Alfonso, D. Saldaña Sage

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Sevilla.

Siguiendo el modelo simple de lectura, para realizar un adecuado proceso lector necesitamos poder hacer, básicamente, dos cosas: reconocer palabras escritas de forma precisa y fluida, y ser capaces de comprender el lenguaje oral. Estas habilidades, a su vez, se asocian con conocimientos previos y funciones precursoras como el vocabulario o la memoria de trabajo, y con habilidades de orden superior como la utilización de inferencias y la monitorización del discurso. Aprender a leer en una segunda lengua, como es el caso de la mayoría del alumnado de origen inmigrante, supone una dificultad adicional a este ya de por sí complicado proceso, y así lo reflejan las pruebas institucionales de diagnóstico, donde estos alumnos destacan como una población de riesgo en los aprendizajes. En este sentido, mientras son muchos los estudios que apuntan a un desarrollo similar en el reconocimiento de palabras entre niños que aprenden a leer en una segunda lengua y los autóctonos que lo hacen en su lengua materna, los datos existentes en relación a la comprensión lectora son menos claros. Si bien la mayoría de estudios encuentran diferencias de rendimiento entre ambos grupos, esto no sucede en otros estudios en los que se controlan determinadas variables lingüísticas, socioeconómicas y otros factores específicos del alumnado, sus familias y el contexto escolar. Por ello, es preciso reunir mayor evidencia científica so-

bre los procesos subyacentes a la comprensión lectora de este alumnado de cara a proporcionar las ayudas específicas más eficientes posibles.

P10.

Adquisición del lenguaje en poblaciones con necesidades educativas especiales

M. Puyuelo Sanclemente^a, C. Salavera Bordas^b

^aFacultad de Ciencias Humanas y de la Educación. ^bFacultad de Educación. Universidad de Zaragoza.

Se presentan los resultados de la evaluación del lenguaje en poblaciones con patologías asociadas a sordera, parálisis cerebral, síndrome de Down y síndrome X frágil, en base al modelo de evaluación de BLOC-C y BLOC-SR. Se analizan los resultados obtenidos en varias muestras de población, con edades comprendidas entre 7 y 30 años. El modelo de BLOC permite no solo disponer de una valoración precisa de los componentes del lenguaje evaluados en relación a los aspectos deficitarios, sino que de forma complementaria permite disponer de datos muy precisos sobre las habilidades que domina la persona evaluada. Permite un seguimiento longitudinal de los progresos individuales en base a una puntuación normativa, curvas de desarrollo y otra referida al criterio. Los resultados obtenidos en las poblaciones estudiadas proporcionan amplia información sobre las aptitudes en relación a los componentes del lenguaje valorados, morfología, sintaxis, semántica y pragmática, así como sobre los aspectos deficitarios. Si bien se detectan problemas en relación a los diferentes componentes del lenguaje, son especialmente significativos los datos referidos al déficit en las habilidades pragmáticas. Los resultados obtenidos parecen indicar la posibilidad de que en todas las poblaciones estudiadas es el aspecto más deficitario. Esto es, el retraso en los componentes gramaticales del lenguaje en relación a la población general no es tan elevado como en el caso de los componentes pragmáticos. En la población general, los aspectos grama-

ticales se manifiestan más sensibles a las diferencias individuales, mientras que en las muestras con patología, el componente del lenguaje más deficitario en relación a la población general es la función pragmática.

P11.

Características del lenguaje en trastornos generalizados del desarrollo

J. Pedreira Currás

Centro de Salud Mental Infantil. Gijón.

La alteración cualitativa de la comunicación y el lenguaje es uno de los tres ejes que componen los trastornos generalizados del desarrollo. Estos presentan dificultades en diversos aspectos del lenguaje, como la semántica, la sintaxis, la prosodia o la fonología, aunque el déficit más característico tiene que ver con la función pragmática. A partir de las semejanzas observadas en las características del lenguaje en niños con autismo y niños con trastornos específicos del lenguaje receptivo, se ha planteado la existencia de dos tipos de autistas en función de las alteraciones del lenguaje presentes, aunque ambos presentan déficit pragmático. Los autistas presentan peor funcionamiento que los niños con trastornos específicos del lenguaje en funciones comunicativas, medios comunicativos gestuales, medios de reciprocidad, señales sociales y afectivas o conducta simbólica. En el síndrome de Asperger, la mayoría de las funciones y competencias implicadas en el uso social del lenguaje también se encuentran gravemente alteradas. Mediante estudios estructurales (resonancia magnética y medida del grosor cortical) se ha comprobado que lenguaje y percepción social comparten sustrato anatómico. Hallazgos como la disminución de la sustancia blanca en ambos hemisferios (aunque principalmente en el hemisferio izquierdo) podrían explicar las alteraciones del desarrollo del lenguaje en autistas. Estudios funcionales (resonancia magnética funcional) han encontrado desarrollo alterado del área de Broca y un patrón de lateralización del hemisferio dere-

cho para el lenguaje en autistas, relacionado con sus dificultades lingüísticas. Estudios con potenciales evocados y magnetoencefalografía han evidenciado alteraciones en el procesamiento semántico de la información verbal en autistas.

P12.

Alteraciones del lenguaje en el daño cerebral adquirido

D. Zanón Sandoval

Servicio de Daño Cerebral. Hospital NISA Aguas Vivas. Valencia.

En el daño cerebral adquirido, las alteraciones del lenguaje siempre han suscitado un gran interés entre los especialistas, ya que su estudio ha ayudado a entender el funcionamiento del cerebro y a adentrarse en el siempre esquivo 'pensamiento'. Actualmente, gracias a las técnicas de neuroimagen y los nuevos enfoques de estudio científico, podemos localizar y cuantificar las lesiones con precisión y asociarlas a los déficits que observamos, consiguiendo dos resultados nada contradictorios: confirmar la especialización y representación de zonas específicas cerebrales y, al mismo tiempo, el funcionamiento del cerebro como un 'todo'. Cuanto mayor es la experiencia clínica y paraclínica, más fácil resulta clasificar a los pacientes en un tipo de afasia u otro, pero también se descubren más diferencias entre afasias a las que se asigna la misma etiología. Es fundamental aprovechar al máximo la información de los enfoques clásicos neurocientíficos en el ámbito del lenguaje en conjunción con los enfoques neurocognitivos, pues no debe olvidarse el fin último: la rehabilitación de la afasia que sufre el paciente. Frente a semejante desafío, conocer otras opciones científicas siempre permitirá un mejor abordaje clínico. Se revisan los diferentes enfoques de diagnóstico de las alteraciones del lenguaje en el daño cerebral adquirido, los principales déficits cognitivos, conductuales y emocionales que afectan a los logopedas en su labor diaria, y la necesidad de la interacción logopeda-neuropsicólogo para la correcta rehabilitación del paciente.

P13.**Alteración del lenguaje en trastornos psicóticos**

L. de la Fuente Redondo

Hospital de Día de Psiquiatría. Hospital Universitari de Son Espases. Palma de Mallorca.

Los trastornos psicóticos comprenden una serie de trastornos calificados de trastorno mental grave. Las personas que los sufren presentan una amplia variedad y gama de síntomas, entre los que se encuentran las alteraciones del lenguaje. No existe un patrón común de alteraciones. Lo que sí está documentado es que las mayores dificultades las presentan en la parte pragmática del lenguaje, no así en su estructuración. Para paliar estos déficits, en los últimos años se están diseñando programas de rehabilitación del lenguaje en personas con trastornos psicóticos, en su vertiente pragmática. Se presentan ejemplos de estos programas de rehabilitación puestos en práctica en los dispositivos para personas con trastorno mental grave en esta comunidad.

P14.**Alteración del lenguaje en demencias**

P. Grau Arcís

Associació de Familiars de persones amb Alzheimer i altres demències de Benifaió, Almussafes i Sollana (AFABALS).

Se presentan las características del lenguaje en tres tipos de demencia: la enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia frontotemporal en su variante frontal (DFT-vf) y la demencia por cuerpos de Lewy (DCL). La descripción de la primera se basa en la bibliografía existente al respecto y en la experiencia clínica diaria. La descripción de las otras dos se basa en la experiencia clínica diaria, en dos casos concretos. La EA suele comenzar con fallos en la memoria episódica y una leve alteración de las funciones ejecutivas. El lenguaje suele ser fluente y las principales alteraciones que apa-

recen son: leve anomia, parafasias fonémicas y semánticas, menor iniciativa en las conversaciones, dificultad para convertir el pensamiento en lenguaje oral, concreción de éste, alteración de las pruebas de fluencia verbal, sobre todo con clave semántica, y leve alteración de la comprensión. Conforme avanza la enfermedad estas alteraciones se agravan, produciéndose una perseverancia de las ideas y una disminución de la fluencia en el lenguaje, hasta llegar al mutismo. Al inicio de la DFT-vf predominan las alteraciones conductuales y de la personalidad. En el ámbito cognitivo, existen alteraciones atencionales, de las funciones ejecutivas y del lenguaje. Con la evolución se agravan todos estos síntomas y se van deteriorando todas las áreas cognitivas. El lenguaje se convierte en no fluente, estereotipado, perseverativo y ecolálico. En la DCL, las alteraciones del lenguaje son menos significativas, alterándose otros aspectos de la comunicación (prosodia, hipofonía, hipomimia). En el caso que nos ocupa destacan síntomas de naturaleza frontal, como la lexicalización en la repetición de sílabas, la confabulación en la descripción de la lámina del TB.

Documentos de consenso**D1.****Acreditación y plan formativo del psicólogo especialista en neuropsicología clínica**

P. Duque San Juan

Servicio de Daño Cerebral. Hospital NISA Aguas Vivas. Valencia.

La neuropsicología clínica es una disciplina con conocimientos, evaluaciones, diagnósticos y tratamientos propios que la diferencia de la psicología clínica o de la neurología u otras disciplinas afines. En la actualidad, la única especialidad de la psicología reconocida oficialmente en España es la Psicología Clínica. En este documento de consenso se expone principalmente cuál es el plan formativo clí-

co y teórico que debe llevar a cabo un psicólogo para poder tener la acreditación correspondiente a partir de 2011 en Neuropsicología Clínica. El documento no sólo aborda las labores de los neuropsicólogos, sino el organigrama formativo a lo largo de los tres años que se propone dicha formación en un principio.

D2.**Clasificación diagnóstica en neuropsicología clínica**

M. Martín Muñoz

Área Sanitaria Llerena-Zafra. Servicio Extremeño de Salud.

La clasificación diagnóstica en neuropsicología del Consorcio de Neuropsicología Clínica es una clasificación consensuada de los síndromes neuropsicológicos, cuyo propósito es proporcionar descripciones claras de las categorías diagnósticas ante la falta de un cuerpo específico de diagnóstico tanto en adultos como en niños. A través de ella, los clínicos y los investigadores podrán diagnosticar, estudiar e intercambiar información y tratar los distintos síndromes neuropsicológicos. Para la clasificación se ha escogido el sistema de clasificación del DSM-IV estructurado en ejes con los cambios pertinentes. Dicha clasificación quedaría de la siguiente forma: Eje I: trastorno o síndrome neuropsicológico; en este eje se describen los trastornos neuropsicológicos, tanto el síndrome principal (múltiple o focal) como las afectaciones implicadas (si es un cuadro múltiple). Eje II: enfermedad de la inteligencia (retardo mental). Eje III: enfermedad médica. Eje IV: enfermedad psiquiátrica. Eje V: baremo de gravedad cognitiva.

D3.**Rehabilitación cognitiva**

M. Adrover Rodríguez

Hospital San Juan de Dios. Palma de Mallorca.

El tercer documento de consenso del Consorcio de Neuropsicología Clínica (CNC) se gesta con el objetivo de pro-

porcionar información útil a los profesionales dedicados a la rehabilitación neuropsicológica a través de la revisión de conceptos, modelos teóricos, las principales técnicas y su eficacia, así como recomendaciones basadas en la experiencia clínica. Siguiendo con la filosofía del CNC, se parte de una base teórica imprescindible y actualizada, pero buscando siempre priorizar y compartir información basada en la práctica clínica, tanto de los redactores como de los revisores. Se pretende ofrecer un documento consensuado por diferentes profesionales de todo el territorio nacional y revisado por profesionales que hemos considerado expertos en la materia, teniendo en cuenta su trayectoria profesional y su experiencia clínica y de investigación. El índice del documento consta de tres módulos: 1) Introducción (conceptos, fundamentos teóricos y generalidades en la rehabilitación); 2) Rehabilitación neuropsicológica de aspectos emocionales, conductuales y psicosociales (incluye la parte no cognitiva de la rehabilitación neuropsicológica, dirigido al paciente y a la familia); y 3) Rehabilitación neuropsicológica de las alteraciones cognitivas (dedicado específicamente a la rehabilitación cognitiva y dividido por funciones).

Casos clínicos**C1.****Propuesta de evaluación e intervención en un caso de trastorno generalizado del desarrollo infantil**J. Pedreira Currás^a, A. del Barco Gavalá^b^a Centro de Salud Mental Infantil. Gijón.^b Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Desde el Programa de Atención a Trastornos Mentales Graves en la Infancia y Adolescencia, perteneciente al Centro de Salud Mental Infantil de Gijón, venimos trabajando con este caso de trastorno generalizado del desarrollo

(TGD) desde hace cinco años. El niño llegó al centro con importantes problemas de interacción social y alteración significativa en la función comunicativa y el lenguaje, para su valoración y tratamiento. Se han trabajado aspectos relacionales, comunicativos y emocionales, tanto con el niño como con la familia. Las motivaciones principales para exponer este caso son situarlo en el momento actual, incidir en la evaluación de la comunicación y el lenguaje en el TGD, ofrecer una propuesta específica de evaluación y estimulación desde el ámbito de la neuropsicología que se enmarque en un modelo de abordaje integral de los niños con TGD, y aportar una visión complementaria al abordaje psicoterapéutico que hemos estado desarrollando a lo largo de estos años.

C2.

Afasia tras lesión cerebelosa

P. Duque San Juan

Servicio de Daño Cerebral.
Hospital NISA Aguas Vivas. Valencia.

El cerebelo es un órgano que, hace tiempo, parecía alejado de las funciones neurocognitivas. No obstante, en los últimos tiempos ha habido un avance significativo en este sentido: no sólo se ha demostrado su implicación en la funcionalidad neuropsicológica en niños con lesiones cerebelosas en el desarrollo (síndrome cerebeloso cognitivo-afectivo), sino, por ejemplo, en cuadros degenerativos tipo ataxias. Esta 'capacidad' del cerebelo para su participación en funciones neurocognitivas no sólo es en aquellas que se supone que podrían relacionarse más con labores de programación o coordinación, sino que va más allá. Presentamos el caso de una paciente que sufrió una lesión vascular cerebelosa derecha y, posteriormente, un cuadro de afectación del lenguaje que, en principio, podría considerarse de tipo afásico, y que tras la consideración clínica y de exploración surgió una duda razonable, lo que es básico para el diagnóstico clínico y para la terapia a seguir.

C3.

Afasia dinámica

P. Luna Lario

Servicio de Rehabilitación Neurológica.
Clínica Urbamin. Fundación Argibide.
Elcano, Navarra.

Los pacientes con síndrome frontal presentan una falta general de espontaneidad y de dinamismo que se acompaña de una marcada falta de espontaneidad en el lenguaje. La afasia extrasilviana motora tipo I (síndrome dorsolateral prefrontal izquierdo) se caracteriza por una ausencia de lenguaje espontáneo, expresión reducida con tendencia a la ecolalia y a la perseveración, reducción de la complejidad sintáctica y disprosodia, sin que existan defectos articulatorios y gramaticales. La comprensión verbal compleja, tanto oral como escrita, está afectada. Aparecen defectos frontales en la lectura y en la escritura. Suele acompañarse de rasgos clínicos del síndrome prefrontal izquierdo. Los pacientes que padecen afasia extrasilviana motora tipo II (síndrome del área motora suplementaria) suelen presentar, después de un período de mutismo, una afasia en la que sobresale el déficit para iniciar y mantener el lenguaje. La comprensión verbal compleja, oral y escrita puede estar limitada; la lectura es casi normal, y la escritura, lenta. Ardila propone una nueva clasificación de la afasia diferenciando entre afasias primarias o centrales, secundarias o 'periféricas' (entre ellas la afasia del área motora suplementaria) y afasia disejectiva (caracterizada por un uso inadecuado del lenguaje por daños en el control ejecutivo). Presentamos el caso de un varón de 47 años que sufrió un ictus isquémico del territorio carotídeo izquierdo, lo cual generó hemiparesia derecha de predominio braquial y afectación del lenguaje clínicamente compatible con una afasia extrasilviana motora tipo I.

C4.

Trastornos progresivos del lenguaje: afasias progresivas

S. López Alcalde

Unidad de Neurología Cognitivo-Conductual.
Hospital Universitario Virgen de las Nieves.
Granada.

Las afasias primarias progresivas constituyen un grupo de trastornos adquiridos del lenguaje causados por procesos neurodegenerativos cuyas formas principales son la afasia progresiva no fluente, la demencia semántica y, recientemente, se ha propuesto la variante afasia logopénica progresiva. Las tres formas poseen características específicas y diferenciadoras. Se describen las características clínicas y neurolingüísticas de la afasia primaria progresiva en pacientes castellanoparlantes. Se seleccionaron tres pacientes de nuestra consulta monográfica de demencias con alteraciones en el lenguaje como síntoma principal. Se les realizó una extensa evaluación clínica y neuropsicológica. Además, se efectuó un estudio de neuroimagen estructural (resonancia magnética del encéfalo). En los tres casos se analizan aspectos relevantes del lenguaje como la expresión, la repetición y la comprensión. Mediante este análisis de las características del lenguaje y las pruebas de imagen, nos aproximamos de forma comprensiva a los criterios diagnósticos y a la etiología.

C5.

Abordaje integral y multidisciplinar en la afasia de Wernicke: descripción de un caso

R. Balmaseda Serrano ^{a,b}

^aNeuroclínica, Centro de Neurorehabilitación Integral. ^bÁrea de Psicobiología.
Departamento de Psicología Experimental.
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

El objetivo es mostrar el abordaje integral y multidisciplinar como modelo de tratamiento de las personas con daño cerebral adquirido. Se presenta un caso cuyo cuadro clínico estaba mar-

cado principalmente por un trastorno del lenguaje, una afasia de Wernicke. Se trataba de un varón de 53 años, que sufre un traumatismo craneoencefálico tras la caída de un caballo. Al inicio del tratamiento, la evaluación mostró un cuadro de desorientación, déficit de atención, bradipsiquia, amnesia, afasia, acalculia secundaria, disfunción ejecutiva, anosognosia, afectación de la conducta (desinhibición, moria y labilidad emocional) y afectación de las actividades de la vida diaria instrumentales y avanzadas. Se llevó a cabo un programa de neurorehabilitación de cuatro meses de duración, intensivo, multidisciplinar e integral, donde se trabajaron por el mismo equipo y de forma coordinada todas las áreas afectadas. Al alta se realizó una nueva evaluación, donde se objetivaron los siguientes resultados: se normalizaron la orientación, la atención, la bradipsiquia, la memoria visual, las funciones ejecutivas y la anosognosia, pero persistía, aunque con notable mejoría, afectación de la memoria verbal y trastornos leves de conducta. Respecto al lenguaje, evolucionó positivamente, normalizándose la comprensión y persistiendo una leve anomia residual. Se inició posteriormente un programa de reinserción laboral de un mes de duración, que permitió al paciente reincorporarse de forma paulatina a su antiguo trabajo. Los programas de reinserción que permiten la vuelta al trabajo de las personas con daño cerebral adquirido son un reto y constituyen, en última instancia, el indicador más alto de éxito de un programa de neurorehabilitación.

C6.

Lenguaje pragmático y función ejecutiva en craneosinostosis síndromicas en la edad adulta

S. Pérez Martínez ^{a,b}, F. Maestú Unturbe ^b, L.A. Arráez Aybar ^c

^aAsociación Nacional Síndrome de Apert.
^bDepartamento de Psicología Básica II (Procesos Cognitivos). Facultad de Psicología. ^cDepartamento de Anatomía y Embriología Humana. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Un número considerable de malformaciones de la cabeza se produce por el cierre prematuro de las suturas craneales, lo que se conoce con el nombre de craneosinostosis. Algunas de ellas son de origen genético y se acompañan de otro tipo de malformaciones, son las denominadas craneosinostosis sindrómicas, entre las cuales se encuentran los síndromes de Apert, Crouzon, Pfeiffer o Saethre

Chotzen, entre otros. Se acompañan a su vez de otro tipo de malformaciones como sindactilia simétrica en manos y pies, hipoplasia del tercio medio facial y distintos tipos de afectación funcional, como el retraso mental de distinta gravedad, afectación cognitiva, presión intracraneal, alteraciones auditivas y oculares, etc. Una evaluación neuropsicológica del perfil cognitivo de una mujer de 26 años de edad

afectada de síndrome de Apert indicaba la existencia de afectación en el lenguaje pragmático y en los procesos relacionados con la función ejecutiva. Partiendo de estos resultados, se describen los procesos presentes en dicho síndrome analizando no sólo las funciones preservadas y afectadas, sino la relación entre ellas y su posible origen en el desarrollo evolutivo. Se destacan las características en lengua-

je pragmático y función ejecutiva encontradas a través de la evaluación con tests clásicos en la neuropsicología clínica (*Continuous Performance Test, Wisconsin Card Sorting Test, Five Digit Test...*) y su extensión a las capacidades funcionales de los afectados en sus actividades de la vida diaria (dificultades en las relaciones sociales, adaptación a contextos sociales, pensamiento lógico y concreto, etc.).