

III CONGRESO ANDALUZ DE NEUROPSICOLOGÍA DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE NEUROPSICOLOGÍA

Sevilla, 2-3 de junio de 2006

CONFERENCIAS

C1.

FUNCIONES EJECUTIVAS: ¿CÓMO SE EVALÚAN ACTUALMENTE Y CÓMO SE EVALUARÁN EN EL FUTURO?

A. Verdejo-García

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.
Instituto de Neurociencias F. Olóriz. Universidad de Granada. Granada.*

Las funciones ejecutivas pueden definirse como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada. Existe un intenso debate sobre la conveniencia de concebirlas como un sistema unitario con funciones de supervisión inespecíficas pero muy adaptables; o bien como un sistema de procesamiento múltiple con componentes especializados independientes (p. ej.: actualización, inhibición, cambio y toma de decisiones). Las pruebas tradicionales de función ejecutiva tienen tres características: novedad, complejidad y escasa estructura. El test de clasificación de tarjetas de Wisconsin o el test de Stroop son ejemplos clásicos de estas pruebas. En cambio, estas tareas han sido criticadas por diversas razones: son poco específicas y constituyen pobres modelos del mundo. En contraste, existen nuevas aproximaciones de evaluación que han intentado abordar estas críticas. Una aproximación consiste en diseñar tareas cada vez más específicas y orientadas a medir procesos muy especializados (un ejemplo sería la *Stop Task*). Una segunda aproximación se orienta a la creación de tareas complejas que sean representativas de las actividades que encontramos en la vida real, fomentando la validez ecológica (un ejemplo serían los tests 'multitarea', como el test de los mandados). Por último, una tercera aproximación cuestiona el paradigma de evaluación basado en respuestas correctas/incorrectas, y fomenta el uso de pruebas en las que el participante puede desarrollar distintas alternativas de respuesta en función de sus propios objetivos (un ejemplo sería la tarea del apartamento). Estas aproximaciones marcarán el desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación que sean también modelos del mundo real.

C2.

¿SOMOS LOS NEUROPSICÓLOGOS CAPACES DE DESCUBRIR A LOS SIMULADORES? MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y DETECCIÓN DE LA SIMULACIÓN

R. Vilar-López^a, I. López-Chicheri^a, M. Bellón-Guardia^b,
M.A. Coín^a, A. Caracul^a, S. Santiago-Ramajo^a, M. Gómez-Río^b,
J.M. Llamas-Elvira^b, A. Puente^c, M. Pérez-García^a

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^c University of North Carolina. Wilmington, Estados Unidos.

El DSM-IV define la simulación como la producción intencional de síntomas físicos o psíquicos falsos o extraordinariamente exagerados, con el objetivo de conseguir una recompensa externa identificable. Esta definición nos permite diferenciar la simulación de otros trastornos como el somatoforme o el facticio. Existen diversos modelos empleados en la investigación de la simulación. Los

principales son el modelo de prevalencia diferencial, el de grupos conocidos y el empleo de análogos. Entre los instrumentos empleados para evaluar simulación podemos distinguir las pruebas neuropsicológicas no específicas de simulación y los test específicos (basados en el efecto suelo o en la elección forzosa). En un estudio hemos intentado valorar cómo se comportan algunos de los test específicos de simulación más empleados –*Dot Counting Test*, test de los 15 ítems de Rey– o con mejores resultados en la bibliografía –*Victoria Symptom Validity Test* (VSVT), *Test of Memory Malingering* (TOMM), test de la 'b'– con población española. Para ello hemos seleccionado tres grupos: 39 pacientes con síndrome pos-conmocional (SPC), 10 sospechosos de simulación (SS) y 50 análogos. Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en todas las variables estudiadas (excepto el test de los 15 ítems de Rey) entre el grupo SPC y los grupos SS y análogos, que no difieren entre sí. Sin embargo, atendiendo a los porcentajes de clasificación correctos, podemos establecer la superioridad del TOMM, el VSVT y el test de la 'b' sobre el *Dot Counting* y el test de 15 ítems de Rey. Además, los buenos resultados de dichas pruebas se ven apoyados por la comparación con población norteamericana.

C3.

NEUROPSICOLOGÍA EN CIRUGÍA FUNCIONAL

I. Trujillo-Pozo^a, J.C. Alarcón-Cruz^a, J.M. Montero-Elena^a,
M. Oliver-Romero^a, F. Rodríguez-Fernández^b, C. Salas-García^b,
A. Gómez-García^b

^a Unidad Médico-Quirúrgica de la Epilepsia. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. ^b Laboratorio de Psicobiología. Universidad de Sevilla.

La técnica quirúrgica en cirugía en paciente despierto está basada en la necesidad de disminuir las posibles secuelas neurológicas y optimizar la cantidad de lesión reseada. Dicha cirugía pretende abordar lesiones en áreas elocuentes, tanto en casos de lesiones tumorales como en el tratamiento de enfermos epilépticos. Dicha técnica pretende evitar déficit neuropsicológicos y neurológicos que mermen la calidad de vida de los pacientes, considerando como obligatorios a evitar las afasias (motoras y sensitivas) y las plejías, es decir, al encontrar estos déficits durante la resección de la lesión tumoral ésta se detiene. Existe además, la posibilidad de encontrar otro tipo de déficit, los cuales se valoran como asumibles, tal como alteraciones de memoria y visuales, así como alteraciones del cálculo, alexias y agafias. Para localizar áreas elocuentes se utilizan herramientas prequirúrgicas (resonancia magnética, anatomía funcional y evaluación neuropsicológica) y perioperatorias. Las limitaciones para la localización de áreas elocuentes por anatomía convencional están motivadas por el desplazamiento y compresión de dichas áreas por la lesión, las variaciones entre anatomía convencional y anatomía funcional, así como las limitaciones que presenta la anatomía convencional en una craneotomía. En la exploración neuropsicológica perioperatoria, junto con la neurofisiológica y la neurológica, se pretende desarrollar un mapeo funcional de las áreas perilesionales y durante la resección en el lecho de la lesión. El objetivo es realizar una resección con el máximo de garantías, tanto en secuelas como cantidad de resección realizada, así como una recogida exhaustiva de datos para su posterior análisis y correlación, para ello hemos desarrollado un protocolo intraoperatorio.

C4.**ÁRBOL DE DECISIÓN DIAGNÓSTICA EN LA AFASIA**

M.V. Perea-Bartolomé

Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Salamanca.

El sistema funcional cerebral lingüístico, se basa en una compleja estructuración en la que intervienen diferentes unidades neurofuncionales, corticales y subcorticales. La afasia es un trastorno en la capacidad de usar, en su decodificación o codificación, los elementos significativos del habla, los vocablos; o sus componentes de función distintiva, los fonemas; afectando a su selección y oposición en relación con su similitud o a su combinación y encadenamiento en la contigüidad de un contexto. Si la afasia es la característica sobresaliente de un examen neurológico, debe sospecharse una patología estructural focal que afecte al sistema funcional cerebral lingüístico. La localización anatómica es la clave de la sintomatología afásica. Suele detectarse en el estudio de los rendimientos cognitivos y se presenta como una queja directa del paciente o familiares. La exploración de la afasia debe analizar competencias, habilidades lingüísticas y la repercusión en actividades funcionales; debe basarse en conceptos teóricos y en los mecanismos funcionales subyacentes. La evaluación necesita de profesionales que hayan adquirido competencias, destrezas y habilidades relacionadas con el estudio de la función cognitiva. Sólo a partir de la correcta evaluación podemos aproximarnos a la forma clínica. Algunos componentes del lenguaje, son claves para realizar la clasificación en la afasia. Entre ellos, la fluencia verbal, la comprensión verbal y los rendimientos en tareas de repetición. Otros, como los rendimientos en denominación, no ayudan a la clasificación (están presentes en todas las formas clínicas). Un síndrome 'exacto' es tan raro en la afasia como en cualquier otra alteración.

COMUNICACIONES ORALES**O1.****ANÁLISIS NEUROPSICOLÓGICO DE LA DEMENCIA PRODUCIDA POR CABG**

A.E. Puente

University of North Carolina. Wilmington, Estados Unidos.

Durante las dos décadas pasadas la investigación ha sugerido que ocurren alteraciones en el funcionamiento neuropsicológico secundarias a la cirugía de puente de la arteria coronaria. Una revisión de la bibliografía sugirió que las funciones de tiempo y de los procesos ejecutivos serían probablemente las más afectadas. Se presentan complicaciones metodológicas de estos estudios, que fueron la base de una revisión del tipo de tareas usadas en éste, y una revisión de los estudios que se han llevado a cabo dentro nuestro laboratorio durante la última década. Los resultados sugieren que las funciones neuropsicológicas 'automáticas' y las funciones ejecutivas más complicadas están regularmente afectadas. También se ha encontrado que el estado premórbido de ansiedad del paciente predice la morbilidad eventual. Se consideran las implicaciones para entender el estado neuropsicológico en condiciones preclínicas y en resultados de funciones ejecutivas.

O2.**EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LAS DEMENCIAS: RESULTADOS PRELIMINARES DE LA DEMENTIA RATING SCALE DE MATTIS (MDRS)**

M.J. Lama-Suárez

*Unidad de Trastorno del Movimiento. Servicio de Neurología.**Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.*

Introducción. La evaluación neuropsicológica forma parte de la evaluación integral de los cuadros de demencia. A una primera fase de cribado con tests simples o baterías cortas que detectan el deterioro global, le sigue una valoración específica cognitiva y conductual. Junto al MMSE, test de *screening* más difundido, se usan otros, como el test de los siete minutos (T7M) o la escala de demencia de Mattis (MDRS). De esta última no existen datos normativos en población española, pero al ser ampliamente utilizada como escala de *screening* en demencia, creímos necesario un estudio preliminar de dicha prueba. **Objetivos.** Comparar la utilidad de la MDRS en relación con el MMSE y el T7M y con su capacidad de predicción funcional. **Sujetos y métodos.** Comparamos los resultados obtenidos por 20 sujetos controles y 20 pacientes igualados en edad y escolaridad. Primero se compararon las puntuaciones totales obtenidas en el T7M y MDRS con las obtenidas en el MMSE, criterio diagnóstico. Posteriormente se correlacionaron las puntuaciones totales de los tres tests cognitivos con las obtenidas en tres pruebas funcionales (*Dementia Scale Blessed*, *Functional Assessment Questionnaire* y *Rapid Disability Rating Scale-2*). **Resultados.** Cruzando las puntuaciones totales de las tres pruebas, se demuestra que el MMSE presenta una sensibilidad y una especificidad del 100%; la MDRS, una sensibilidad del 95% y una especificidad del 100%, y el T7M, una sensibilidad del 75% y una especificidad del 100%. También se observan correlaciones estadísticamente significativas entre las escalas cognitivas y las escalas funcionales, siendo mayor la correlación entre MDRS y *Functional Assessment Questionnaire*. **Conclusiones.** La MDRS muestra mayor capacidad diagnóstica que el T7M e igual que el MMSE, y es la escala de mayor correlación con las escalas funcionales utilizadas, siendo el MMSE la de menor correlación.

O3.**MARCADORES DIAGNÓSTICOS EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

E. Gil-Néciga, A. Suárez

Servicio de Neurología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA) se basa en unos criterios clínicos (NINDS-ADRDA) que proporcionan una sensibilidad media del 81% (49-100%) y una especificidad del 70% (47-199%), pero el diagnóstico definitivo requiere la confirmación neuropatológica. Dada la deficiente especificidad que proporcionan estos criterios, la búsqueda de marcadores biológicos se ha convertido en uno de los objetivos de investigación en este proceso. La posible existencia en el futuro de terapias que puedan frenar la progresión de la enfermedad hace necesario disponer de un marcador fiable que pueda detectar los casos en las fases iniciales, e idealmente en la fase preclínica de la enfermedad. El genotipo $\epsilon 4$ de la APOE es un factor de susceptibilidad para padecer la enfermedad y multiplica por tres el riesgo (por nueve en los homocigotos). Aunque el genotipo $\epsilon 4$ está sobrerrepresentado en la EA, su sensibilidad es baja porque muchos pacientes con la enfermedad no lo presentan. En la EA se produce un aumento de proteína tau en el líquido cefalorraquídeo (LCR). Esta proteína es un elemento estructural normal de los neurotúbulos, pero en la EA se produce una fosforilación anormal de la misma originando unos filamentos que dan lugar a la degeneración neurofibrilar. Este aumento de tau en el LCR

es consistente en los diferentes estudios, aunque no exclusivo de esta enfermedad. La determinación de esta proteína proporciona una sensibilidad superior al 60% y una especificidad superior al 80%. También es útil la determinación de proteína amiloide (β_{42}) cuyo nivel en LCR está disminuido con respecto a los controles normales. La combinación de ambas (tau y β_{42}) puede mejorar la sensibilidad y la especificidad. En las formas familiares de inicio precoz y herencia autosómica dominante, representan menos del 5% de los casos. La presencia de la mutación genética correspondiente (proteína precursora de amiloide, presenilinas I y II) es un factor determinante de la enfermedad.

04.

DEMENCIAS TRATABLES QUIRÚRGICAMENTE

J. Márquez

Servicio de Neurocirugía. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Las demencias, en sus diferentes cuadros patológicos, son consideradas cuadros progresivos e irreversibles. Este concepto debe revisarse ya que son numerosas las intervenciones terapéuticas disponibles avaladas por la bibliografía, para pacientes con diagnóstico establecido de demencia. **Desarrollo.** Se describen algunas de estas posibilidades: a) Demencias secundarias a alteraciones hidrodinámicas: apoyo al diagnóstico (tests hidrodinámicos, monitorización de PIC, evacuación de la LCR guiado por PIC o drenajes), tratamientos derivativos y neuroendoscópicos; b) Demencias vasculares: técnicas de revascularización; c) Enfermedad de Alzheimer: tratamientos derivativos de depuración proteica; d) Deterioros cognitivos progresivos secundarios a epilepsias catastróficas: resecciones corticales y desconexiones, terapias neuromoduladoras; e) Deterioros cognitivos postraumáticos progresivos: tratamientos derivativos, reconstrucciones craneales. Se llama la atención sobre un cuadro de deterioro cognitivo tratable, propio del niño pequeño o lactante, que consideramos la forma pediátrica de demencia progresiva o demencia del niño. Estos pacientes sufren deterioros progresivos o falta de adquisición de nuevas habilidades. Las encefalopatías hipoxicoisquémicas neonatales, las hidrocefalias crónicas del niño y las —en nuestra opinión— mal consideradas ‘hidrocefalias crónicas benignas del lactante’ son algunos ejemplos. **Conclusiones.** Existen cuadros nosológicos que se enmarcan en el grupo de las demencias, que son susceptibles de tratamiento quirúrgico. Es necesaria una especial sensibilización e información de profesionales que atienden a estos pacientes para que los orienten en la búsqueda de estas terapias emergentes.

05.

EVALUACIÓN Y REHABILITACIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL

J. Bernabeu ^{a,b}, C. Fournier ^c, A. Cañete ^a, G. Almerich ^b, V. Castel ^a

^a Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Universitario La Fe. ^b Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación. Universidad de Valencia. Valencia..

^c Psiquiatría y Psicología. Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

La neuropsicología infantil estudia las manifestaciones cognitivas y conductuales de los trastornos neurológicos pediátricos. Su objetivo es proporcionar información detallada sobre habilidades cognitivas superiores para contribuir a mejorar el conocimiento de la condición neurológica del niño y ayudar a tomar decisiones sobre cambios en tratamientos o por el curso de la enfermedad. Estudia pacientes con daño cerebral, enfermedades degenerativas, tumores cerebrales, leucemias, identificación de psicopatología secundaria a trastornos neurológicos, dificultades de aprendizaje graves o crónicas no identificadas con estudios psicopedagógicos, diagnósticos diferenciales, etc. Permite tomar decisiones respecto a intervencio-

nes (cirugía de la epilepsia), tratamientos farmacológicos, orientar las necesidades educativas del niño y la rehabilitación. La expresión del daño neurológico en niños es distinto al de los adultos: edad, gravedad, focal/generalizado, lateralización, tratamientos, etc. son factores que condicionan la expresión del daño. En contra de la opinión mayoritaria, el daño cerebral temprano generalizado puede tener consecuencias muy graves. No existe pérdida de función como en adultos, si no una capacidad disminuida respecto a sus iguales. Los efectos del daño cerebral en la infancia no son estáticos, puede expresarse años después. Por ello son de vital importancia estudios de seguimiento para conocer el desarrollo de las habilidades cuando se supone que emergen. Existen múltiples estrategias rehabilitadoras: entrenamientos, *software*, fármacos, etc. Más allá de la fase aguda, queremos resaltar la gran importancia de los estudios de seguimiento, de la continua atención del entorno escolar y familiar, facilitando recursos e información que permitan una mayor comprensión y atención de los niños con daño cerebral.

06.

EPILEPSIA REFRACTARIA Y SÍNDROMES REMEDIABLES QUIRÚRGICAMENTE: EXPERIENCIA EN HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO

J.J. Rodríguez-Uranga, J.M. Montero-Elena, G. Moreno-Castro, I. Trujillo-Pozo, M. Oliver-Romero, J.C. Alarcón-Cruz, F. Villalobos-Chávez

Unidad Médico-Quirúrgica de Epilepsia.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Partiendo de la base que la definición de epilepsia refractaria debe realizarse de forma individualizada, debemos plantearnos ante un paciente remitido a una unidad médico-quirúrgica de epilepsia si el paciente es realmente refractario a tratamiento médico, si padece un síndrome remediable quirúrgicamente y cuando debe intervenir. **Pacientes y métodos.** Se presenta el estudio prequirúrgico de casos de epilepsia temporal medial refractaria con las características semiológicas típicas, epilepsias frontales sintomáticas, epilepsias catastróficas sintomáticas a malformaciones del desarrollo cortical y epilepsias lesionales sintomáticas a tumores neurogliales, todos ellos síndromes definidos como remediables quirúrgicamente. **Resultados.** Se presenta la experiencia del programa de Cirugía de Epilepsia de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, con algo más de un año de evolución y 22 casos operados, con un seguimiento mínimo de 3 meses y máximo de 18 meses: 15 temporales y tres extratemporales en estadio IA de Engel, un temporal y un extratemporal en estadio IB, un paciente en estadio IC y un paciente en estadio IIA. **Conclusión.** La cirugía de la epilepsia es una alternativa eficaz en los síndromes remediables quirúrgicamente y ha sido demostrado tras la amplia experiencia acumulada durante más de 50 años desde los trabajos de Bancaud y Talairach y de Penfield y Jasper, y en múltiples metaanálisis.

07.

UNIDAD MÉDICA DE EPILEPSIA (UME): UNA NECESIDAD PARA COORDINAR LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL ENFERMO EPILÉPTICO

F. Villalobos-Chávez

Unidad Médico Quirúrgica de Epilepsia. Servicio de Neurología.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo. La epilepsia representa la segunda patología más frecuente de la neurología, compleja y con gran morbilidad e impacto psicosocial. Muchos servicios independientes, intervienen en la atención a estos enfermos, desde Urgencias, UCI en *status*, Neurociru-

gía, distintos niveles de Neurología y otras especialidades médicas, y Neurofisiología. Se hace necesaria una Unidad Médica de Epilepsia (UME) que coordine la atención entre todos los servicios implicados para una buena armonía entre el diagnóstico precoz y mejor tratamiento. *Materiales y métodos.* La UME, compuesta por expertos, establece una coordinación entre los distintos niveles de atención a los enfermos, desde una primera crisis en urgencias, como en UCI, hasta consultas especiales al inicio de un síndrome epiléptico, de candidatos y selección idónea para cirugía, enfermos refractarios a antiepilépticos, encefalopatías epilépticas, comorbilidad con problemas psiquiátricos, etc. *Conclusiones.* Un servicio moderno y con gran área de atención debe crear una UME que, además, tenga un equipo multidisciplinario para cirugía en epilepsia. Este equipo en conjunto oferta una atención con criterios actuales de diagnóstico precoz y refractariedad, las mejores ofertas en terapia farmacológica así como en selección de idóneos candidatos a cirugía para síndromes remediabiles por esta línea quirúrgica. La UME cuida al enfermo desde el inicio de una primera crisis en jóvenes como en el desarrollo crónico activo de la enfermedad para evitar la progresión y el deterioro físico y psicosocial.

O8.

NEUROPSICOLOGÍA EN UN EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO DE CIRUGÍA DE LA EPILEPSIA

I. Trujillo-Pozo ^a, A. Gómez-García ^b, F. Rodríguez-Fernández ^b, C. Salas-García ^b, M. Oliver-Romero ^a, J.J. Rodríguez-Uranga ^a, J.C. Alarcón-Cruz ^a, J.M. Montero-Elena ^a, F. Villalobos-Chávez ^a

^a Unidad Médico-Quirúrgica de Cirugía de la Epilepsia.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. ^b Laboratorio de Psicobiología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Dentro del equipo multidisciplinario de cirugía de la epilepsia, en la Unidad Médico-Quirúrgica de Epilepsia de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, la neuropsicología, a partir de la elaboración de un protocolo de evaluación neuropsicológica previa, permite determinar la adecuación del paciente a la técnica quirúrgica, así como el diagnóstico de funciones cognitivas superiores y lateralización de la localización de la afectación, ya sea por lesión estructural, por diasquisis o por conexiones subcorticales. Tras dicha evaluación y cotejado con los resultados obtenidos con el resto de pruebas diagnósticas el equipo toma la decisión de incluir, o no, el test de Wada con propofol como una prueba necesaria para la realización de la cirugía con garantías. Los pacientes sometidos al test serán aquellos que hayan cumplido los criterios de inclusión que utiliza la unidad. Para esta prueba se ha desarrollado un protocolo neuropsicológico específico, cuyo objetivo es el estudio de la lateralización del lenguaje, memoria y conducta emocional. Previo a la realización del test se lleva a cabo una evaluación de la memoria basal, utilizando el mismo procedimiento el día antes para comparar los resultados obtenidos en ambas situaciones de evaluación. Una vez realizada la cirugía se efectúan evaluaciones neuropsicológicas de control (tras 6 meses, 1 año y 2 años), que permiten obtener los resultados cognitivos, conductuales y emocionales, socio-laborales y de calidad de vida de los pacientes. Este seguimiento longitudinal permite ir ofreciendo las herramientas rehabilitadoras necesarias, tanto a pacientes como a familiares, y así ofrecer un servicio individualizado que optimice los resultados.

PÓSTERS

P1.

REPERCUSIÓN DEL DIAGNÓSTICO EN UN CASO DE NEUROPSICOLOGÍA INFANTIL

A. López-Jiménez, M. Meersmans Sánchez-Jofré

Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada.

Introducción. El diagnóstico de diversos trastornos psicológicos requiere de un mayor estudio y evaluación continua. No obstante, es frecuente encontrar diagnósticos realizados en una única sesión apoyándose principalmente en datos psicométricos aislados. Estas etiquetas diagnósticas determinan los recursos de tratamiento e intervención a los que el paciente va a acceder. *Caso clínico.* Varón de 9 años, inicio de epilepsia a los 4 años, farmacológicamente controlada. Aporta informes en los que destacan múltiples diagnósticos: retraso mental, TDAH, TND, Trastorno epiléptico, TEL, trastornos de conducta y aprendizaje... El retraso mental propicia la consideración de inclusión del niño en un programa de necesidades educativas especiales. La evaluación neuropsicológica pone de manifiesto un grave déficit de atención ($d2 = pc\ 3$), TDAH (EDAH = $pc\ 97$) y CI = 60. No obstante, se observa un importante subestimación de la capacidad intelectual debido a dificultades en mantenimiento de la atención. Se lleva a cabo intervención cognitivo-conductual centrada en atención, autocontrol, autoinstrucciones y HHSS, implicando a profesores y familia; además, se recomienda adaptación curricular del alumno. Tras 6 meses de tratamiento se observa una mejora conductual referida por la familia y el profesorado, y una importante mejoría en el rendimiento académico, así como una mejora en el rendimiento cognitivo. *Conclusiones.* Se hace patente a través de este caso de neuropsicología infantil la importancia de una exhaustiva evaluación orientada a un objetivo terapéutico. Debemos evitar el diagnóstico en ausencia de una sólida evaluación y huir de la mera categorización de la persona. En este caso, la consideración de retraso mental hubiera limitado las alternativas terapéuticas existentes, reduciéndolas a una intervención que infravaloraba las capacidades potenciales del paciente.

P2.

LA IMPORTANCIA DE LA EDAD EN LOS DÉFICIT COGNITIVOS POSTERIORES A UNA HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

S. Santiago-Ramajo ^{a,b}, M. Katati ^b, M. Pérez-García ^a, A. Verdejo-García ^a, M.A. Coín-Megías ^a, R. López-Vilar ^a, M. Meersmans Sánchez-Jofré ^{a,b}, V. Arjona-Moron ^b

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Servicio de Neurocirugía.

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Las alteraciones neuropsicológicas después de sufrir una hemorragia subaracnoidea (HSA) son muy frecuentes, sobre todo en memoria. Diversos estudios se han ocupado en estudiar las posibles causas moduladoras de estos déficits. Algunos de estos factores son la intensidad de la hemorragia o las escalas neurológicas al ingreso. Muy pocos estudios han investigado la implicación de la edad en el momento de sufrir la HSA. *Objetivo.* Comparar las diferencias neuropsicológicas entre diferentes grupos de edades en una muestra de pacientes que han sufrido una HSA hace cuatro meses. *Pacientes y métodos.* La muestra total está compuesta por 70 pacientes. Se dividieron según la edad en tres grupos: menos de 40 años ($n = 18$), de 40 a 60 años ($n = 38$) y mayores de 60 años ($n = 14$). La evaluación neuropsicológica está compuesta por diversas pruebas neuropsicológicas que miden las funciones cognitivas de memoria visual, memoria verbal, percepción, lenguaje y función ejecutiva y fueron aplicadas a los cuatro meses de sufrir la HSA. Las

puntuaciones directas de los pacientes se transformaron en puntuaciones Z, basándonos en los resultados de un grupo control ($n = 32$) igualados en edad y nivel educativo. Se aplicó un análisis de varianza univariante incluyendo como covariable el nivel educativo. **Resultados.** Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en dos de las cinco funciones cognitivas evaluadas. **Conclusiones.** Cuanta más edad tenga el paciente al sufrir una HSA, más deterioro presenta en memoria verbal y lenguaje. Por lo tanto, la edad es un factor a tener en cuenta en este tipo de pacientes.

P3.

SEGUIMIENTO DE LAS ALTERACIONES EN MEMORIA HASTA LOS DOS AÑOS EN PACIENTES CON HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA

S. Santiago-Ramajo ^{a,b}, M. Katati ^b, M. Pérez-García ^a, R. Vilar ^a, M. Meersmans Sánchez-Jofré ^{a,b}, M.A. Coín-Megías ^a

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Una de las causas más frecuentes de la hemorragia subaracnoidea (HSA) es la rotura de un aneurisma. Las alteraciones neuropsicológicas después de sufrir una HSA son muy frecuentes, sobre todo en memoria. Los déficit en memoria usualmente se han medido pocos meses después de sufrir la hemorragia. **Objetivo.** Realizar un seguimiento de la memoria verbal y visual a pacientes con HSA hasta los dos años mediante tres evaluaciones. **Pacientes y métodos.** Se realizaron tres evaluaciones a 30 pacientes que habían sufrido previamente una HSA: a los 4 meses, a los 12 meses y a los 2 años de sufrir la hemorragia. Se les aplicó una prueba de memoria visual (figura compleja del Rey) y una prueba de memoria verbal (TAVEC). Se realizaron pruebas T de medidas repetidas. **Resultados.** El 53% de la muestra presenta deterioro en memoria a los 4 meses. En memoria verbal hay un aumento significativo de las puntuaciones de los 4 a los 12 meses, pero en memoria visual no se da esos aumentos. De los 12 meses a los 2 años no hay diferencias significativas. **Conclusiones.** Los pacientes que han sufrido una HSA tienen problemas de memoria verbal y visual a los 4 meses. En memoria verbal se produce una mejora al año, que permanece estable hasta los 2 años. En cambio, en memoria visual, los déficit permanecen estables hasta los 2 años.

P4.

DETERIORO DE LOS PROCESOS DE INHIBICIÓN EN CONSUMIDORES DE COCAÍNA Y OPIÁCEOS

A. Verdejo-García, C. Rivas-Pérez, R. Vilar-López, A. Caracuel, M.A. Coín, G. Cuberos, M. Pérez-García

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Granada. Granada.

Introducción. El abuso de sustancias psicoactivas produce alteraciones del sistema nervioso central que oroginan deterioros neuropsicológicos de los mecanismos de inhibición y control ejecutivo. Asimismo, la extensión de estos deterioros puede depender del tipo de sustancia consumida (p. ej., el uso de estimulantes produce deterioros más graves que el de opiáceos). **Objetivos.** Investigar la existencia de deterioros en los procesos ejecutivos de inhibición en pacientes drogodependientes consumidores de cocaína y heroína mediante el test de trazados orales (TTO), y examinar la relación entre el rendimiento en el TTO y otras pruebas neuropsicológicas de inhibición. **Sujetos y métodos.** Participaron en el estudio 44 individuos policonsumidores con uso preferente de cocaína, 28 con uso preferente de heroína y 36 controles. Se administraron distintas pruebas dirigidas a evaluar mecanismos de inhibición, incluyendo el TTO, el test de Stroop y el go/no-go. **Resultados.** Los individuos

drogodependientes cometieron más errores que los controles en el TTO ($F_{(1,106)} = 5,06$; $p < 0,05$). Cuando examinamos las diferencias en función de la sustancia de consumo, los consumidores de cocaína rindieron significativamente peor que los de heroína y los controles en el TTO ($p = 0,022$). El rendimiento en el TTO correlacionó significativamente con las condiciones de interferencia del test de Stroop ($r = -0,33$, $p < 0,001$; $r = -0,55$, $p < 0,001$) y los errores del go/no-go ($r = 0,50$; $p < 0,001$). **Conclusiones.** El TTO es una herramienta sensible en la detección de alteraciones de los procesos de inhibición en drogodependientes. El consumo de cocaína produce un deterioro más grave de los procesos de inhibición con respecto a los consumidores de opiáceos.

P5.

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN EL INICIO DE UN PROCESO DEMENCIAL: ESTUDIO DE UN CASO

L. López-Bello

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Introducción. Muchos procesos de las enfermedades neurológicas involucran un deterioro progresivo del tejido cerebral, así como de los aspectos conductuales y cognitivos. Algunas manifestaciones son comunes en ciertas entidades nosológicas y otras, en cambio, son raras. Así, por ejemplo, la muerte celular es la manifestación neurológica central de las enfermedades degenerativas, no así los cambios conductuales y cognitivos. Por ello, la presente investigación tuvo por objetivo describir cómo las características neuropsicológicas y conductuales particulares de un paciente al inicio de un proceso demencial pudieron permitir una temprana intervención farmacológica y de educación a la familia. **Caso clínico.** Se aplicó el test Barcelona a un varón de 70 años, diestro, con 18 años de escolaridad, director de una escuela comercial, que presentaba recientes olvidos, fallos en la denominación y desubicación temporal. El perfil del test Barcelona mostró una ejecución deficiente, con puntuación en los percentiles inferiores en las pruebas que involucran memoria, trastornos del lenguaje, funciones ejecutivas y praxias de ejecución. **Conclusiones.** Los hallazgos neuropsicológicos arrojan por el test Barcelona permitieron mostrar las características semiológicas del paciente, por lo que junto con el equipo de salud tratante, se logró hacer un diagnóstico diferencial entre demencia frontotemporal y demencia tipo Alzheimer. La intervención neuropsicológica temprana permitió tomar una decisión acerca del tratamiento farmacológico adecuado para el paciente, así como brindar psicoeducación temprana a la familia y dar un seguimiento conductual al paciente, que lo ha hecho más adaptable a su medio. El papel del neuropsicólogo se evidencia como una parte fundamental en el equipo de salud tratante.

P6.

RELACIÓN ENTRE EL ESTRÉS Y LA ATENCIÓN MANTENIDA EN INMIGRANTES LATINOAMERICANOS

N. Hidalgo-Ruzzante, M. Pérez-García, I. Peralta-Ramírez, H. Robles-Ortega

Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada

Introducción. Está ampliamente descrito que la atención es una medida neuropsicológica sensible a los efectos del estrés. Sin embargo, para que el estrés empeore la capacidad atencional, requiere que sea alto y mantenido en el tiempo. Estas investigaciones se están desarrollando en poblaciones de sujetos sometidos a dichos niveles de estrés. En este sentido, la inmigración puede ser considerada como un suceso vital mayor de naturaleza estresante, que ge-

nera en el individuo (el emigrante) una serie muy diversa de estresores crónicos. **Objetivo.** Estudiar la relación del estrés con varios componentes atenciones en una población de inmigrantes. **Pacientes y métodos:** Participaron en este estudio once mujeres inmigrantes latinoamericanas sometidas a altos niveles de estrés, por los que recibían asistencia psicológica. A todas ellas se les administró una batería de pruebas de estrés –escala de experiencias vitales recientes (SRLE) y escala de apreciación de estrés (EAE)–, ansiedad (escala de ansiedad del SCL-90) y atención (d2) de modo individualizado. **Resultados.** Para estudiar la relación entre las medidas del estudio, se realizaron análisis de correlaciones de Pearson. Los resultados mostraron que las medidas de ansiedad y estrés estaban relacionadas con la atención mantenida. **Conclusiones.** Tal como ha descrito la bibliografía en otras poblaciones sometidas a altos niveles de estrés, nuestros datos indican que en población inmigrante se mantiene esta relación.

P7.

ADAPTACIÓN DE LA PRUEBA DE APRENDIZAJE Y MEMORIA VERBAL CALIFORNIA VERBAL LEARNING TEST-II A LA POBLACIÓN ESPAÑOLA: UN ESTUDIO PRELIMINAR

P. Betanzos ^{a,b}, V. Portillo ^{a,b}, R. Vilches ^{a,b}, L. Anllo ^{a,b}, M. Pérez ^{a,b}

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Unidad de Demencia.

Servicio Universitario. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. El California Verbal Learning Test-II (CVLT-II) es una prueba neuropsicológica ampliamente utilizada para medir aprendizaje y memoria verbal, sobre todo en el campo de las demencias. Existe una versión del CVLT traducida al español, conocida como TAVEC (test de aprendizaje verbal complutense). Sin embargo, el TAVEC arrastra los problemas que tiene el CVLT y que justificaron la realización del CVLT-II. **Objetivo.** El objetivo de este estudio es la adaptación del CVLT-II al español y comparar dicha prueba con el TAVEC en personas sanas mayores de 50 años. **Sujetos y métodos.** Se evaluó la fluidez verbal en 32 sujetos sanos mayores de 50 años, con diez pruebas de fluidez semántica (utilizando las categorías: animales, prendas de vestir, flores, medios de transporte, verduras, muebles, frutas, partes de una casa, instrumentos musicales y árboles), y con seis pruebas de fluidez fonética (utilizando las letras: F, A, S, P, M y R). También se evaluó el estado cognitivo global con el mini examen cognitivo (MEC) y la *Dementia Rating Scale-II* (DRS-II), y la memoria con el TAVEC. A continuación, se construyó la prueba adaptación del CVLT-II (V2) a partir de las pruebas de fluidez semántica. Se volvió a evaluar la memoria a 15 de los 32 sujetos un mes después con la V2. Se compararon las 10 variables del TAVEC con las 10 variables de la V2 (memoria inmediata en el primer ensayo, memoria inmediata en el quinto ensayo, memoria inmediata total, memoria a corto plazo, memoria a corto plazo con claves, memoria a largo plazo, memoria a largo plazo con claves y reconocimiento), y se analizó la relación de ambas pruebas con la edad, la escolaridad y la subescala de memoria del DRS-II. **Resultados.** Los resultados muestran un incremento en la ejecución de la V2 con respecto al TAVEC. Además, el TAVEC correlaciona con la edad (a mayor edad, peor ejecución) mientras que la V2 no muestra dicha relación entre la edad y la ejecución. En la comparación de ambas pruebas con la subescala de memoria del DRS-II, se observan correlaciones estadísticamente significativas entre dicha subescala y algunas variables de la V2, pero no para el TAVEC. **Conclusiones.** Los resultados parecen indicar que la V2 es una buena prueba de memoria, y que la adaptación de pruebas anglosajonas al español da mejores resultados que la traducción literal de éstas debido a las influencias culturales.

P8.

IMPLANTACIÓN DE UN MÉTODO DE ENSEÑANZA DE LECTURA FONÉTICO 'LETRILANDIA' EN UN NIÑO CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

M.A. Coín-Mejías ^a, V. Castilla-Pérez ^b, B. Coín-Mejías ^b, A. Piñar-Salinas ^a, M. Gómez-Espigares ^a, A. Montes-Lozano ^a, A. Caracuel-Romero ^c, G. Cuberos-Urbano ^a, A.M. Santos-Ruiz ^a, S. Panadero-Sánchez ^a, A. Rodríguez-Manchén ^a, F. López-Tapia ^a, L. Moreno-López ^a, K. Castellano-Frutos ^a, P. Pérez-Campos ^a, M. Bueno-García ^a, M. Pérez-García ^a

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Asociación Granadina de Familias para Rehabilitación del Daño Cerebral (AGREDACE).

^c FIBAO, Granada.

Introducción. La lectura es un proceso complejo que involucra procesos visoperceptivos y lingüísticos que posibilitan el acceso al significado de la palabra escrita, a través de dos vías: semántica y fonológica. Actualmente existe un fuerte consenso entre los investigadores en señalar que la dificultad central de la dislexia refleja un déficit del módulo fonológico, dedicado al procesamiento de los sonidos distintivos y constitutivos de lenguaje. La evaluación de la lectura debe determinar el reconocimiento y análisis de las letras, palabras, la fluidez y la comprensión de lo leído o escuchado. Existen numerosas pruebas que evalúan la lectura y sus componentes. **Caso clínico.** Paciente varón de 8 años, con traumatismo craneoencefálico grave a consecuencia de un atropello. La evaluación muestra déficit en atención, memoria, razonamiento abstracto y coordinación visuomotora. A pesar de la existencia de numerosas pruebas de evaluación de lectura, todas ellas requieren de un nivel lector básico, por lo que se hace imposible la aplicación de ninguna, debiéndose evaluar la lectura de forma informal, observando que conoce algunas letras de forma inconsistente y es incapaz de leer o escribir sílabas compuestas por dos vocales. **Conclusiones.** Teniendo en cuenta las dificultades sobre todo fonológicas y las habilidades preservadas, decidimos la implantación de un método de enseñanza fonético 'Letrilandia', basado en la asociación grafema-fonema a través de cuentos y diversas actividades que están resultando muy significativas para el paciente. Los resultados iniciales son el aprendizaje de una letra por semana y la lectura de combinaciones de hasta cinco vocales.

P9.

VALORACIÓN DE LA EFICACIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN EN UNA PACIENTE CON DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO

M.A. Coín-Mejías ^a, B. Coín-Mejías ^b, V. Castilla-Pérez ^b, A. Caracuel-Romero ^c, G. Cuberos-Urbano ^a, A. Piñar-Salinas ^a, M. Gómez-Espigares ^a, A. Montes-Lozano ^a, L. Moreno-López ^a, K. Castellano-Frutos ^a, P. Pérez-Campos ^a, M. Bueno-García ^a, A.M. Santos-Ruiz ^a, S. Panadero-Sánchez ^a, A. Rodríguez-Manchén ^a, F. López-Tapia ^a, M. Pérez-García ^a

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Asociación Granadina de Familias para Rehabilitación del Daño Cerebral (AGREDACE).

^c FIBAO, Granada.

Introducción. Los programas holísticos de rehabilitación neuropsicológica (PHRN) son programas multicomponentes, es decir, utilizan de forma integrada varias técnicas de la psicología, algunas de las cuales por separado no han demostrado tener tanta efectividad como combinadas. Se organizan en torno a cinco módulos-componentes: ambiente o *milieu* terapéutico, Rehabilitación cognitiva, Psicoterapia, Terapia vocacional e Intervención familiar. **Caso clínico.** Adolescente de 15 años que ingresa con traumatismo craneoencefálico (hematoma subdural izquierdo, craneostomía descompresiva) a consecuencia de un accidente de moto. La evaluación

neuropsicológica efectuada en marzo de 2003 muestra alteraciones de orientación temporal, déficit graves de memoria verbal y visual, déficit moderados de atención y enlentecimiento de la velocidad de procesamiento, déficit de función ejecutiva, anomia grave, y déficit grave en abstracción, formación de conceptos y asociaciones, por lo que entra a formar parte de un PHRN de 16 semanas de duración y a continuación se ha proseguido con un seguimiento que ha consistido fundamentalmente en apoyo escolar y toma de decisiones conjunta con su orientador/profesores de la trayectoria educativa (2 h semanales) y rehabilitación neuropsicológica (1,5 h semanales). **Conclusiones.** Tras una segunda evaluación neuropsicológica, los resultados indican que la paciente muestra mejoras en las siguientes áreas neuropsicológicas: memoria, atención y denominación. En otras, las puntuaciones incluso llegan a alcanzar la media (función ejecutiva y razonamiento). Estas mejoras se ven reflejadas en su funcionamiento cotidiano, habiéndose mejorado significativamente sus habilidades para la vida diaria y su rendimiento escolar.

P10.

ACTUACIÓN MULTIDISCIPLINARIA DE LOS EQUIPOS DE APOYO A LA INTEGRACIÓN ESCOLAR

A. Romero-Marín ^a, J.M. Espiñeira-Álvarez ^b

^a Patronato Vereda. Escuelas Profesionales de la Sagrada Familia. Sevilla.

^b Centro de Fisioterapia 'Salud Física'. Castilleja de la Cuesta, Sevilla.

Introducción. En el ámbito escolar, la atención a la diversidad incluye la actuación sobre individuos con diferencias que pueden agruparse en fisiobiológicas, socioculturales y psicológicas, siendo crucial la intervención temprana de los profesionales del equipo de apoyo a la integración escolar, para una estimulación sensitivo-perceptivomotora del cerebro desde distintas parcelas de intervención. **Objetivos.** General: mejorar la calidad de vida en los ámbitos escolar, familiar y social. Específicos: fisioterapia: independencia en desplazamientos y manipulación de objetos; profesor de apoyo: refuerzo de lectoescritura; tutor: participación e integración en clase. **Caso clínico.** Alumna de 11 años del colegio Patronato Vereda de Sevilla. **Diagnósticos:** síndrome de West, déficit motor derecho y comunicación interventricular con hipertensión pulmonar. 36% de grado de minusvalía. Programa de actuación multidisciplinaria: exploración-valoración, elaboración de un programa de tratamiento, revisión periódica, entrevistas informativas-orientativas con padres, y realización de sesiones clínicas. **Resultados.** Uso de la mano derecha como auxiliar del miembro superior izquierdo, desplazamientos autónomos, mejor pronunciación y expresión de oraciones, mejor razonamiento logicomatemático, mayor capacidad de relación con los compañeros, mayor relación con sus hermanos y su entorno, y abandono de autolesiones. **Conclusiones.** La intervención del equipo multidisciplinario es una garantía de actuación terapéutica, donde la mejoría global se debe a la acción simultánea de los distintos programas de intervención, ya que las opiniones son enriquecidas, criticadas de forma constructiva y contrastadas en la consecución de resultados.

P11.

REVISIÓN DEL CONCEPTO DE PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL

J.M. Espiñeira-Álvarez ^a, A. Romero-Marín ^b

^a Centro de Fisioterapia 'Salud Física'. Castilleja de la Cuesta, Sevilla.

^b Fisioterapia. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla (SAS). Sevilla.

Introducción. El término 'parálisis cerebral infantil' no ha tenido un consenso conceptual completo o duradero por parte de la comunidad científica, sino que se ha definido, en función del momento histórico, en base a consideraciones biológicas, nosográficas, terapéu-

ticas o sociales. Actualmente, según la práctica clínica y los estudios científicos, los criterios de diagnóstico distinguen las variantes de posible, probable y definido, en función de criterios obligatorios de inclusión y exclusión, y de características de apoyo. **Objetivo.** Exponer los diferentes conceptos atribuidos al término 'parálisis cerebral infantil'. **Materiales y métodos.** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos IME, PubMed y Cochrane. Los descriptores utilizados han sido 'concepto', 'definición' y 'parálisis cerebral infantil'. **Resultados.** Tras la realización de la búsqueda, se han encontrado 13 artículos, de los que se han relacionado por su especificidad en relación al objetivo marcado un total de dos artículos, con los siguientes porcentajes según las bases de datos: IME, 0%; Pubmed, 100%, y Cochrane, 0%. **Conclusiones.** La falta de consenso sobre la conceptualización del término no ha interferido en los estudios del sistema nervioso. Aunque el término 'parálisis cerebral infantil' se mantiene como un término práctico para la descripción científica y el diagnóstico médico, sigue siendo más fácil explicar qué no es parálisis cerebral en lugar de definirla exactamente.

P12.

PAPEL DE LA FISIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA ESPASTICIDAD

J.M. Espiñeira-Álvarez ^a, A. Romero-Marín ^b

^a Centro de Fisioterapia 'Salud Física'. Castilleja de la Cuesta, Sevilla.

^b Fisioterapia. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla (SAS). Sevilla.

Introducción. La espasticidad es una manifestación clínica presente en las lesiones piramidales del sistema nervioso central, por desaparición de los fenómenos inhibidores sobre las funciones superiores corticales, lo que da lugar a: hipertonía, pérdida de equilibrio y coordinación, contracturas musculares, rigideces articulares, deformidades ortopédicas, pérdida de los movimientos selectivos, presencia de reacciones asociadas y afectación de las sensibilidades superficial y profunda, interfiriendo gravemente en la actividad física y funcional del sujeto. **Objetivo.** Buscar evidencias científicas sobre los distintos procedimientos de intervención sobre la espasticidad desde la fisioterapia. **Materiales y métodos.** Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos IME, PubMed y Cochrane. Los descriptores utilizados han sido 'espasticidad', 'hipertonía', 'fisioterapia', 'técnicas', 'tratamiento' y 'rehabilitación'. **Resultados.** Tras la realización de la búsqueda, se han encontrado 754 artículos, de los que se han relacionado por su especificidad en relación al objetivo marcado un total de 46 artículos, con los siguientes porcentajes según las bases de datos: IME, 8,7%; Pubmed, 84,78%, y Cochrane, 6,52%. **Conclusiones.** Se han encontrado los siguientes procedimientos de intervención sobre la espasticidad desde la fisioterapia: estiramientos pasivos, masoterapia, termoterapia, electroterapia (TENS, estimulación eléctrica funcional y *biofeedback*), ultrasonido monitorizado, actividad física en el medio acuático y vibroterapia; sobre la crioterapia, su efectividad es dudosa.

P13.

EDUCACIÓN A CUIDADORES DE PACIENTES NEUROLÓGICOS DE GRAN ENTIDAD CLÍNICA

A. Romero-Marín ^a, J.M. Espiñeira-Álvarez ^b

^a Fisioterapia. Distrito Sanitario Atención Primaria Sevilla (SAS). Sevilla.

^b Centro de Fisioterapia 'Salud Física'. Castilleja de la Cuesta, Sevilla.

Introducción. Los problemas que afectan al sistema nervioso tienen resultados devastadores y, a menudo, impacto directo sobre casi todos los sistemas corporales, produciendo cambios de tipo crónico e invalidante. La correcta ejecución del tratamiento postural y de las transferencias es importante por varios motivos: evita complica-

ciones secundarias a la propia patología; pilar fundamental de la recuperación funcional del paciente; la transferencia no debe ser motivo de lesión ni para el cuidador ni para el paciente, ni suponer más esfuerzo que el de la propia tarea en sí. **Objetivos.** Proporcionar a los cuidadores conocimientos para un tratamiento postural correcto y de pautas de ergonomía en transferencias; evitar lesiones en el cuidador. **Materiales y métodos.** Charlas teóricoprácticas, vídeos y trípticos informativos a cuidadores de pacientes neurológicos de gran entidad clínica. **Resultados.** El correcto tratamiento postural evita: rechazo del lado o región afectos, lateralización del tronco, aumento indebido de espasticidad, intolerancia a la actividad, deformidades ortopédicas, úlceras por presión, neurodistrofias, y problemas respiratorios y circulatorios. Asimismo, la movilización correcta implica beneficios para el enfermo (mejora física y psicológica y mayor autonomía) y para el cuidador (evita dolores de espalda y lesiones, economiza energía y mayor capacidad de trabajo). **Conclusiones.** Mejoras en la evolución física y funcional del paciente y en la propia salud del cuidador, en base a la prevención de lesiones, que van a repercutir en la calidad de vida del cuidador y en la mejor atención al paciente discapacitado.

P14.

ORAL TRAIL (TRAYECTORIAS ORALES) EN UNA MUESTRA DE NIÑOS MEXICANOS RURALES Y CITADINOS

J. Salvador-Cruz, L. López-Bello, M. Sedó

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Introducción. El *Oral Trail* es una prueba neuropsicológica que se creó a partir de dos pruebas clásicas (*Stroop* y *Trail Making Test*). La experiencia clínica de su aplicación en México ha mostrado que es una prueba útil para la evaluación de las funciones ejecutivas (capacidad de seguir una secuencia; flexibilidad mental, y rastreo visual, búsqueda verbal). **Objetivo.** Conocer los tiempos de ejecución de una muestra de niños citadinos y rurales. **Sujetos y métodos.** Se aplicó el *Oral Trail* a 36 estudiantes citadinos y 36 alumnos de población rural en un rango de 6 a 12 años, formando siete grupos de edad. **Resultados.** Se realizó el cálculo de las medias y desviaciones estándares para observar la tendencia general de ejecución de la población en dicha prueba. **Conclusiones.** Se observó que a medida que la edad de desarrollo era mayor, el tiempo de ejecución era menor en las suprabuebas de búsqueda verbal, búsqueda visual y búsqueda visual y mental. Esta regla no se cumple en las subpruebas de búsqueda mental y claves mentales, puesto que los menores requieren de supervisión y evaluación de la actividad, es decir, de la toma de conciencia de la complejidad de la tarea.

P15.

RELACIÓN ENTRE HIPERACTIVIDAD Y ESCALAS MCCARTHY DE APTITUDES Y PSICOMOTRICIDAD (MSCA) A LOS 4 AÑOS DE EDAD

R. Ramos, R. Puertas, M. Molina, F. Cruz, M.T. Salvatierra, M. Pérez

Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

Hospital Clínico Universitario San Cecilio. Granada.

Introducción. Desatención e hiperactividad son dos de los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). Estos síntomas pueden aparecer en edades tempranas e interferir en el rendimiento escolar y en las actividades cotidianas de los niños, por lo que se hace imprescindible una evaluación precoz y precisa que muestre el grado y las áreas que quedan afectadas en el desarrollo, para planificar posteriormente, una intervención lo más eficaz posible. **Objetivo.** Estudiar el desarrollo cognitivo de los niños clasificados con hiperactividad a través del cuestionario sobre la atención

y la conducta del niño cumplimentado por los padres. **Sujetos y métodos.** 40 niños varones de 4 años y sus padres, participantes del proyecto de investigación de la Red INMA. Para evaluar el desarrollo cognitivo de los niños se han utilizado las escalas McCarthy de aptitudes y psicomotricidad (MSCA), que se agrupan en seis escalas: verbal, perceptivomanipulativa, numérica, general cognitiva, memoria y motricidad. Para evaluar la presencia de síntomas del TDAH, por parte de los padres, se utilizó el cuestionario sobre la atención y la conducta del niño (adaptación del DSM-IV). **Resultados.** En nuestro estudio hemos encontrado que los niños que presentan una alta puntuación en los ítems 5, 9, 10, 12 y 17 del cuestionario sobre la atención y la conducta del niño, son también aquellos que presentan un bajo rendimiento en las diferentes escalas que componen las MSCA. **Conclusiones.** Los niños clasificados como hiperactivos en el cuestionario muestran peor rendimiento en el MSCA.

P16.

EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL PACIENTE CON ALTERACIÓN GRAVE DEL NIVEL DE CONSCIENCIA

M. O'Valle^a, R. Balmaseda^b, J. Durán^a, J.M. Domínguez-Roldán^c

^a Neuroclínica. Evaluación y Tratamiento de Daño Cerebral.

^b Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

^c Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La exploración clínica de los pacientes con alteración severa del nivel de conciencia sigue siendo fuente de controversia por las dificultades que conlleva. Una exploración adecuada de las funciones neurológicas en su totalidad requiere de un equipo multidisciplinar y el uso de diversas herramientas. **Objetivo.** Establecer una guía completa y precisa de exploración neurológica y evaluación neuropsicológica en fase aguda y subaguda. **Pacientes y métodos.** Presentamos los casos de siete pacientes (seis varones, edad: 13-28 años) supervivientes a un traumatismo craneoencefálico (GCS de referencia < 9) que, tras fase subaguda, presentan grave alteración del nivel de conciencia. Se analizan los resultados obtenidos de las exploraciones neurológicas y evaluaciones neuropsicológicas realizadas en fase aguda y subaguda. Se utilizaron las siguientes escalas: CNC de Rappaport, CRS, perfil de estimulación neurosensorial de Western, GOS, DRS y la escala Rancho de los Amigos. **Resultados.** Las exploraciones mostraron un alto grado de correlación entre las puntuaciones obtenidas y el grado de *outcome* alcanzado por los pacientes, resultados particularmente evidentes durante las evaluaciones realizadas en la fase subaguda. De estos datos se extrae una propuesta de exploración para los pacientes con alteración grave del nivel de conciencia. **Conclusiones.** Los pacientes con las puntuaciones más bajas en fase subaguda tuvieron el pronóstico más desfavorable, evolucionando significativamente peor que los pacientes con mejores puntuaciones. Es necesario establecer un consenso en la exploración de las alteraciones del nivel de conciencia con objeto de determinar un diagnóstico precoz y preciso y establecer un pronóstico que encamine el proceso terapéutico.

P17.

INFLUENCIA DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS EN LA EJECUCIÓN DE LA FRSBE Y DE LA DEX

Y. Romero-Rodríguez^a, M. Bueno-García^a, F. López-Tapia^a, I. Machuca-Caballero^a, A.M. Santos-Ruiz^a, M.A. Rodríguez de la Paz-Menchén^a, A. Baratech-Navarrete^a, S.M. Martos-Villén^a, A. Verdejo-García^{a,b}

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Granada.

Introducción. La FRSBE y la DEX son escalas de autoinforme empleadas para valorar las manifestaciones conductuales secundarias

al daño de los circuitos frontosubcorticales. La FRSBE consta de tres subescalas: apatía, desinhibición y disfunción ejecutiva. En cambio, la DEX evalúa de forma global los problemas derivados del daño frontal. *Objetivo.* Constatar la existencia de diferencias según la edad, género, educación y nacionalidad en la ejecución de la FRSBE y de la DEX. *Pacientes y métodos.* Participaron en este estudio 49 voluntarios, de los cuales 30 eran hombres y 19 mujeres, pertenecientes a nueve nacionalidades de habla hispana (13 españoles, 7 argentinos, 8 bolivianos, 3 cubanos, 2 ecuatorianos, 1 mexicano, 13 colombianos, 1 venezolano y 1 nicaragüense). A todos ellos se les administraron las pruebas de manera individual como parte de una batería de evaluación neuropsicológica más amplia. *Resultados.* Los resultados mostraron que no existen diferencias de género ni de nacionalidad en la ejecución de ambas pruebas, mientras que sí son visibles diferencias en función de la educación y la edad. Se ha observado que personas con bajo nivel cultural o poca edad presentan más síntomas ejecutivos en estas pruebas. *Conclusión.* Las manifestaciones conductuales evaluadas por estas medidas son consistentes en distintos géneros y a través de distintas nacionalidades de habla hispana. Estas manifestaciones conductuales son más pronunciadas en individuos sanos de menor edad y menos años de educación.

P18.

¿SON LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS DETERMINANTES EN LA EJECUCIÓN DE UNA PRUEBA DE FLUIDEZ SEMÁNTICA?

M.A. Rodríguez de la Paz-Menchén^a, F. López-Tapia^a, S.M. Martos-Villén^a, M. Bueno-García^a, I. Machuca-Caballero^a, A. Baratech-Navarrete^a, A.M. Santos-Ruiz^a, Y. Romero-Rodríguez^a, A. Verdejo-García^{a,b}

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Granada.

Introducción. La prueba de fluidez semántica evalúa la capacidad de acceder y recuperar información de la memoria a largo plazo. No existen datos sobre la influencia de variables demográficas en esta prueba. *Objetivo.* Investigar la influencia de la edad, la escolaridad, el género, la nacionalidad y años fuera del país de origen en la prueba de fluidez semántica. *Pacientes y métodos.* Participaron en este estudio 44 voluntarios, de los cuales 27 eran hombres y 17 mujeres, pertenecientes a nueve nacionalidades de habla hispana (13 españoles, 3 argentinos, 7 bolivianos, 3 cubanos, 2 ecuatorianos, 1 mexicano, 13 colombianos, 1 venezolano y 1 nicaragüense). A todos ellos se les administró la prueba de manera individual como parte de una batería de evaluación neuropsicológica más amplia. Los voluntarios fueron captados del entorno cercano de los evaluadores. *Resultados.* Los resultados indican que la prueba de fluidez semántica no se ve afectada por variables demográficas como la edad, la escolaridad, el género y años fuera del país de origen. Sin embargo, se observa que existen diferencias significativas en relación a la nacionalidad, de manera que el grupo de origen español obtiene una puntuación mayor con respecto a los otros grupos latinoamericanos en todas las categorías semánticas estudiadas. *Conclusiones.* La prueba de fluidez semántica no está contaminada por la influencia de variables demográficas salvo por la nacionalidad, por lo que sería interesante profundizar en el estudio de este efecto.

P19.

BATERÍA DE EVALUACIÓN DEL LENGUAJE ORAL EN PACIENTES MARROQUÍES: PRESENTACIÓN DE UN CASO

J. El Kadib, J. García-Orza

Facultad de Psicología. Universidad de Málaga. Málaga.

Introducción: El aumento de la población inmigrante en nuestro país exige disponer de herramientas de evaluación neuropsicológicas para tales poblaciones. En el siguiente trabajo se presenta la batería para la evaluación del lenguaje oral en pacientes marroquíes a través de la exposición de un caso. *Caso clínico.* Mujer de 27 años, sin estudios, nativa árabe-marroquí, que sufrió un traumatismo craneoencefálico con contusión frontoparietal izquierda. La evaluación del lenguaje se realizó con la batería para la evaluación de la producción y comprensión oral en pacientes árabes-marroquíes. La paciente hizo bien las tareas de pares mínimos con palabras y pseudopalabras y la de emparejamiento palabra hablada-dibujo, lo que indica preservación de la comprensión de palabras. Su rendimiento en la tarea de comprensión de oraciones puede considerarse normal. En la producción oral mostró dificultades en la denominación de dibujos, mostrando problemas de evocación que en su mayoría eran superadas cuando se proporcionaban claves fonológicas. En tareas de repetición, los errores que se producen son escasos y son sustituciones de fonemas articulatoriamente parecidos. Estos resultados sugieren la existencia de alteración en el léxico de *output* de habla que provocan dificultades en la evocación de los nombres, junto a dificultades de tipo articulatorio. En la tarea de producción de oraciones, la paciente muestra especiales problemas de tipo morfológico y posicional en el uso de la pasiva. *Conclusión.* La evaluación de la paciente con la batería proporciona un diagnóstico exacto de las alteraciones lingüísticas demostrando la validez de esta batería para el diagnóstico de la afasia en sujetos marroquíes.

P20.

INFLUENCIA DE LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS EN LA EJECUCIÓN DEL TEST DE ORGANIZACIÓN VISUAL DE HOPPER

F. López-Tapia^a, S.M. Martos-Villén^a, M.A. Rodríguez de la Paz-Menchén^a, A.M. Santos-Ruiz^a, M. Bueno-García^a, Y. Romero-Rodríguez^a, A. Baratech-Navarrete^a, I. Machuca-Caballero^a, A. Verdejo-García^{a,b}

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Granada.

Introducción. El test de organización visual de Hooper (TOVH) es una medida ampliamente utilizada para la evaluación neuropsicológica de la integración visuoperceptiva. Sin embargo, no existe una adaptación al castellano de esta prueba ni existen datos sobre la influencia de las variables demográficas principales como género, edad, escolaridad o nacionalidad en esta prueba. *Objetivo.* Investigar la influencia de la edad, la escolaridad, el género y la nacionalidad en el TOVH. *Pacientes y métodos.* Participaron en este estudio 49 voluntarios, de los cuales 30 eran hombres y 19 mujeres, pertenecientes a nueve nacionalidades de habla hispana (13 españoles, 7 argentinos, 8 bolivianos, 3 cubanos, 2 ecuatorianos, 1 mexicano, 13 colombianos, 1 venezolano y 1 nicaragüense). A todos ellos se le administró el TOVH en su formato de administración en grupo como parte de una batería de evaluación neuropsicológica más amplia. Los voluntarios fueron captados del entorno cercano de los evaluadores. *Resultados.* Los resultados mostraron que el TOVH no se ve afectado por las variables demográficas estudiadas como la edad, la escolaridad, el género y la nacionalidad. Sin embargo, el análisis descriptivo de algunos ítems muestra una gran variabilidad de respuesta en los ítems de alta dificultad. *Conclusiones.* El TOVH

es una buena prueba para la evaluación de la integración visuoperceptiva, aunque son necesarios más estudios para conocer el rango de respuestas válidas a cada uno de sus ítems.

P21.

RELACIÓN ENTRE DOS PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS QUE MIDEN EL FUNCIONAMIENTO EJECUTIVO: FRSBE Y DEX

A.M. Santos-Ruiz^a, S.M. Martos-Villén^a, A. Baratech-Navarrete^a, I. Machuca-Caballero^a, Y. Romero-Rodríguez^a, F. López-Tapia^a, M. Bueno García^a, M.A. Rodríguez de la Paz-Menchén^a, A. Verdejo-García^{a,b}

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Granada.

Introducción. Las pruebas neuropsicológicas FRSBE y DEX se emplean para la evaluación de las manifestaciones conductuales secundarias al daño frontal. Con la FRSBE obtenemos una puntuación referida a tres escalas: apatía, desinhibición y disfunción ejecutiva; permitiendo evaluar y comparar el comportamiento antes y después del daño. Por su parte, la DEX evalúa el funcionamiento cotidiano de la persona dependiente del sistema ejecutivo. **Objetivos.** Buscar la correlación entre la FRSBE y la DEX, así como conocer qué escala de la FRSBE correlaciona más significativamente con la DEX. **Pacientes y métodos.** Participaron en este estudio 49 voluntarios, de los cuales 30 eran hombres y 19 mujeres, pertenecientes a nueve nacionalidades de habla hispana (13 españoles, 7 argentinos, 8 bolivianos, 3 cubanos, 2 ecuatorianos, 1 mexicano, 13 colombianos, 1 venezolano y 1 nicaragüense). Todos ellos cumplieron la FRSBE y la DEX dentro de una batería neuropsicológica más amplia. Los voluntarios fueron captados del entorno cercano de los evaluadores. **Resultados.** Los resultados del presente estudio muestran la existencia de una correlación entre ambas pruebas y una relación de carácter significativo entre la escala de desinhibición de la FRSBE y la DEX. **Conclusiones.** Ambas pruebas miden funciones ejecutivas, aunque la FRSBE da información sobre síntomas de apatía, desinhibición y disfunción ejecutiva, mientras que la DEX proporciona una puntuación global en la que tienen gran peso aspectos referidos a la desinhibición.

P22.

¿NOMBRAR VERDURAS PUEDE PREDECIR SÍNTOMAS DE APATÍA? CORRELACIÓN ENTRE LA FRSBE Y UNA PRUEBA DE FLUIDEZ SEMÁNTICA

M. Bueno-García^a, I. Machuca-Caballero^a, A.M. Santos-Ruiz^a, S.M. Martos-Villén^a, Y. Romero-Rodríguez^a, A. Baratech-Navarrete^a, M.A. Rodríguez de la Paz-Menchén^a, F. López Tapia^a, M. Pérez-García^{a,b}

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Granada.

Introducción. La escala para la evaluación de los sistemas frontales (FRSBE) proporciona puntuaciones relacionadas con tres dominios conductuales: apatía, desinhibición y disfunción ejecutiva. Por su parte, la prueba de fluidez semántica evalúa la capacidad de acceder y recuperar información de la memoria a largo plazo. **Objetivo.** En el presente estudio se han correlacionado ambas pruebas con la finalidad de observar si existen correlaciones entre las subescalas de la FRSBE y las categorías semánticas de la prueba de fluidez. **Pacientes y método.** Participaron en este estudio 49 voluntarios, de los cuales 30 eran hombres y 19 mujeres, pertenecientes a nueve nacionalidades de habla hispana (13 españoles, 7 argentinos, 8 bolivianos, 3 cubanos, 2 ecuatorianos, 1 mexicano, 13 colombianos, 1 venezolano y 1 nicaragüense). A todos ellos se les administraron

las pruebas de manera individual como parte de una batería de evaluación neuropsicológica más amplia. Los voluntarios pertenecen al entorno cercano de los evaluadores. **Resultados.** Los resultados indican que existe una correlación entre la subescala apatía de la FRSBE y las categorías semánticas de baja frecuencia de la prueba de fluidez (verduras, árboles y flores). **Conclusiones.** Dado que sólo existen correlatos cognitivos para las subescalas de desinhibición y disfunción ejecutiva, este estudio aporta un nuevo dato de interés: un correlato cognitivo de la apatía.

P23.

NEGLECT Y SU VALORACIÓN

J. Durán^a, M. O'Valle^a, R. Balmaseda^b, J.M. Domínguez-Roldán^c

^a Neuroclínica. Evaluación y Tratamiento de Daño Cerebral.

^b Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

^c Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. A pesar de los avances producidos en el conocimiento y la delimitación de diversos trastornos neuropsicológicos, continúa presente una de las incógnitas más extendidas entre los profesionales de la neuropsicología: el fenómeno *neglect*. Se han barajado múltiples explicaciones sobre el trastorno, así como diversas áreas de localización en cuanto a su origen lesional. Por otra parte, se ha discutido sobre la eficacia de las herramientas a emplear para obtener un diagnóstico preciso. Este trabajo ofrece una propuesta de valoración sistematizada del *neglect*. **Objetivos.** Aunar criterios útiles para determinar un trastorno que aparece confuso en la bibliografía, y realizar una propuesta de exploración. **Materiales y métodos.** Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía especializada y se tuvieron en cuenta pruebas clásicas en la exploración del *neglect* (copia de dibujos, bisección de líneas, etc.) y exploración neuropsicológica. **Resultados.** Los trabajos revisados ponen de manifiesto la falta de sistematización de la información existente referente al trastorno. La selección de pruebas escogidas ofrecen una visión organizada de la información que podemos obtener de un paciente con *neglect*. **Conclusiones.** El trastorno no está claramente delimitado ni definido en la bibliografía. A pesar de ello, existe cierto consenso en las técnicas a emplear en su exploración. En la valoración deben emplearse pruebas dirigidas a determinar de manera precisa los aspectos afectados por el trastorno. Nuestra propuesta incluye una valoración sistemática de los aspectos que pueden verse afectados. Es necesario llegar a un consenso en la definición del concepto *neglect* y continuar con la investigación del trastorno.

P24.

¿SON CAPACES LOS TESTS NEUROPSICOLÓGICOS DE DESCUBRIR LA SIMULACIÓN?

R. Vilar-López^a, I. López-Chicheri^a, M. Bellón-Guardia^b, M.A. Coín^a, A. Caracuel^a, S. Santiago-Ramajo^a, M. Gómez-Río^b, J.M. Llamas-Elvira^b, A. Puente^c, M. Pérez-García^a

^a Facultad de Psicología. Universidad de Granada. ^b Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ^c University of North Carolina. Wilmington, Estados Unidos.

Introducción y objetivo. Diversos tests neuropsicológicos han sido propuestos para su utilización en la detección de simulación. En nuestro estudio hemos comprobado cómo se comportan a la hora de descubrir la simulación distintos tests comúnmente empleados en las evaluaciones neuropsicológicas: figura compleja de Rey, fluidez fonética y semántica, test de atención d2, y letras y números. **Pacientes y métodos.** Se han estudiado dos grupos: 43 pacientes con síndrome posconmocional, con una media de edad de 32,60 años (DE = 11,33) y una escolaridad media de 8,6 años (DE = 1,34), y 10 individuos sospechosos de simulación por haber puntuado en

un rango de motivación insuficiente en dos o más tests específicos de simulación (VSVT, TOMM, test de la 'b', *Dot Counting* o test de los 15 ítems de Rey). Dicho grupo tiene una media de edad de 33,57 años (DE = 12,38) y una media de 9,02 años de escolaridad (DE = 1,34). Todos los participantes realizaron una amplia batería neuropsicológica de aproximadamente 2,5 h de duración. **Resultados.** Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos para dos de las tres variables estudiadas del test d2: TOT ($F_{(1,48)} = 4,4$; $p < 0,000$) y CON ($F_{(1,48)} = 5,07$; $p < 0,000$), así como para el número total de aciertos en el subtest de letras y números ($F_{(1,49)} = 2,54$; $p < 0,014$). En el resto de las variables no han aparecido diferencias significativas. **Conclusiones.** Sólo algunos tests neuropsicológicos parecen ser capaces de detectar simulación. Así pues, debemos realizar análisis exhaustivos antes de asumir que cualquier índice puede ser una medida potencial de simulación.

P25.

DIFERENCIAS EN ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN EN UNA MUESTRA GRANADINA DE PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO EN COMPARACIÓN CON DATOS NORMATIVOS

I. López-Chicheri ^a, D. Godoy-Izquierdo ^b, R. Gálvez ^b, J.F. Godoy ^a, M. Pérez-García ^a, H. Colodro ^a, R. Vilar-López ^a

^a Grupo de Investigación Medicina Conductual/Psicología de la Salud (CTS-0267). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

^b Unidad del Dolor. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Numerosos estudios ponen de manifiesto que los pacientes con dolor crónico presentan ciertos déficit cognitivos. El d2 se ha consolidado como una medida fiable y válida de los procesos de atención y concentración, por lo que se convierte en un instrumento útil para una evaluación multidimensional del dolor *Objetivos.* Comparar las puntuaciones de pacientes con dolor crónico con datos normativos de población sana mediante el cuestionario de atención y concentración d2. *Pacientes y métodos.* Participaron de forma voluntaria 17 pacientes (82,4% mujeres; edad media: 50,06 años, DT = 7,93; dolor McGill PRI-T = 42,65; EVA = 53,94) que contestaron una breve entrevista sobre datos biográficos y clínicos, el cuestionario de dolor de McGill y el test de atención d2 en una única administración individual. **Resultados.** Aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en las subescalas total de respuestas, total de aciertos, número de errores por omisión, número de errores por comisión, total de respuestas menos errores, y concentración del cuestionario d2, mostrando los pacientes puntuaciones notablemente peores que la población normal. **Conclusiones.** Los resultados señalan en general que los pacientes de dolor crónico muestran menos aciertos, más errores y peor capacidad de concentración que los individuos sanos adultos (según datos normativos informados por los autores).

P26.

ASOCIACIONES ENTRE PERCEPCIÓN DEL DOLOR Y ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

I. López-Chicheri ^a, D. Godoy-Izquierdo ^a, R. Gálvez ^b, J.F. Godoy ^a, M. Pérez-García ^a, H. Colodro ^a, R. Vilar-López ^b

^a Grupo de Investigación Medicina Conductual/Psicología de la Salud (CTS-267). Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

^b Unidad de Dolor. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. La percepción que un paciente tiene sobre su dolor, en un momento dado, esta influida por diversos factores (fisiológicos, afectivos, cognitivos y conductuales), entre los que se encuen-

tra el grado de analgesia inducida por los fármacos. **Objetivos.** Estudiar las relaciones entre distintas dimensiones de la percepción del dolor y atención y concentración en pacientes con dolor crónico. *Pacientes y métodos.* Participaron de forma voluntaria 17 pacientes (82,4% mujeres; edad media: 50,06 años, DT = 7,93; dolor McGill PRI-T = 42,65; EVA = 53,94) que contestaron una breve entrevista sobre datos biográficos y clínicos, el cuestionario de dolor de McGill y el test de atención d2 en una única administración individual. **Resultados.** Aparecieron asociaciones directamente estadísticamente significativas ($p < 0,05$) entre prácticamente todas las subescalas del cuestionario d2 y distintas dimensiones de valoración del dolor (sensorial, emocional y valorativa e intensidad subjetiva del dolor), siendo especialmente relevantes las asociaciones entre total de respuestas menos errores y concentración. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p \leq 0,05$) en función del tipo de medicación tomada en las variables total de respuestas, total de aciertos y número de errores por omisión. **Conclusiones.** Nuestros resultados señalan, en general, que los pacientes de dolor crónico con mayores puntuaciones en el cuestionario McGill (más dolor) muestran más aciertos, menos errores y mejor capacidad de concentración. Este grupo de pacientes es, en realidad, el que no toma psicofármacos además de analgésicos, de forma que, según la bibliografía, tienen menos afectadas sus funciones cognitivas. Por el contrario, los pacientes con tratamiento combinado de analgésicos y psicofármacos, a pesar de referir menor dolor en el momento de la evaluación, muestran peor rendimiento en el d2. Por otra parte, a mayor nivel cultural de los pacientes se obtienen mejores puntuaciones en la tarea d2.

P27.

DIFERENCIAS EN PERCEPCIÓN DEL DOLOR Y ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN EN PACIENTES CON DOLOR CRÓNICO

D. Godoy-Izquierdo ^a, I. López-Chicheri ^a, R. Gálvez ^b, J.F. Godoy ^a, M. Pérez-García ^a, H. Colodro ^a, R. Vilar-López ^a

^a Grupo de Investigación Medicina Conductual/Psicología de la Salud (CTS-0267). Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

^b Unidad de Dolor. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. Actualmente se considera al dolor una experiencia perceptiva compleja que resulta de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales. Es por esto que la evaluación del dolor ha de abarcar todas estas áreas para una correcta comprensión del fenómeno y un tratamiento eficaz. **Objetivos.** Comparar las puntuaciones en dos cuestionarios de percepción del dolor y atención y concentración de pacientes con dolor crónico, en función de su tipo de enfermedad (fibromialgia y dolor neuropático), años de evolución de la enfermedad y tipo de medicación (analgésicos y psicofármacos o sólo analgésicos). *Pacientes y métodos.* Participaron de forma voluntaria 17 pacientes (82,4% mujeres; edad media: 50,06 años, DT = 7,93) que contestaron una breve entrevista sobre datos biográficos y clínicos, el cuestionario de dolor de McGill y el test de atención d2 en una única administración individual. **Resultados.** Considerando la variable tipo de enfermedad, aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para las subescalas sensorial, emocional, miscelánea y total (PRI-T) del cuestionario McGill, y total de respuestas (TR), total de aciertos (TA), total de respuestas menos errores (TOT) y concentración (CON) del cuestionario d2, estando próximas a la significación otras subescalas de ambos cuestionarios. Considerando la variable tipo de fármaco, aparecieron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) para las subescalas valorativa y PRI-T del cuestionario McGill, y TR, TA, número de errores por omisión, TOT y CON del cuestionario d2, estando próximas a la significación otras subescalas de ambos cuestionarios. No aparecieron diferencias en función de los años de evolución de la enfermedad. **Conclusiones.**

Los resultados señalan en general que los pacientes de fibromialgia refieren una percepción más negativa e interferente del dolor que los pacientes de dolor neuropático, pese a tratarse ambas de dos formas de dolor crónico, y muestran una mejor ejecución en la tarea de atención y concentración que éstos. Los pacientes con síntomas afectivos que toman tanto analgésicos como psicofármacos (antidepresivos y ansiolíticos) refieren una percepción más negativa e interferente del dolor y peor ejecución en la tarea de atención y concentración que los pacientes que sólo toman analgésicos (opioides, antiepilépticos y AINE).

P28.

PECULIARIDADES DE LA NEUROPSICOLOGÍA FORENSE EN UN INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

M. Meersmans ^{a,c}, J. Rivas-González ^b, M.I. Santoyo ^a, A. López-Jiménez ^c, S. Santiago-Ramajo ^c, O. Román-Pérez ^a

^a Instituto de Medicina Legal. Jaén. ^b Facultad de Psicología.

Universidad Nacional de Educación a Distancia.

^c Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada.

Objetivo. Actualmente el papel del psicólogo como perito judicial es cada vez más amplio y complejo, requiriéndose con mayor frecuencia la opinión sobre aspectos de la conducta humana de muy diversa índole. Ante la creciente demanda de los juzgados y fiscalías de periciales psicológicas, la Consejería de Justicia ha destinado psicólogos forenses en los Institutos de Medicina Legal (IML). **Desarrollo.** La reciente creación de los IML responde a la necesidad de auxiliar a los Juzgados, Tribunales, Fiscalías y Oficinas del Registro Civil mediante la práctica de pruebas periciales. La Consulta de Psicología Forense se circunscribe por afinidad al Servicio de Clínica Médico-Forense ya que se encarga de los peritajes médico-legales y, en particular, del control periódico de los lesionados y de la valoración de los daños corporales que sean objeto de actuaciones procesales. La práctica de la Neuropsicología Forense en nuestro país es una realidad creciente. Tradicionalmente la demanda de periciales que requerían una aproximación neuropsicológica ha sido llevada a cabo por médicos y psicólogos forenses. La combinación de especialización que se requiere, neuropsicológica y jurídica, limita a que pocos profesionales con formación específica la ejerzan, siendo habitual incursiones de neuropsicólogos clínicos al ámbito forense o de psicólogos forenses al ámbito neuropsicológico. **Conclusiones.** En el contexto multidisciplinario de un IML, la neuropsicología forense tiene una situación privilegiada, ya que, por una parte el neuropsicólogo ha demostrado su formación forense, y por otra parte, la designación judicial del perito hace presuponer una mayor imparcialidad. La neuropsicología forense se torna como una disciplina emergente y con una excelente proyección hacia el futuro, que empieza a estar presente en el sistema judicial español.

P29.

PREVALENCIA DE EXPLORACIONES NEUROPSICOLÓGICAS FORENSES EN UN INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

M. Meersmans ^{a,c}, J. Rivas-González ^b, M.I. Santoyo ^a, A. López-Jiménez ^c, S. Santiago-Ramajo ^c, O. Román-Pérez ^a

^a Instituto de Medicina Legal. Jaén. ^b Facultad de Psicología.

Universidad Nacional de Educación a Distancia.

^c Facultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada.

Introducción. Los Institutos de Medicina Legal (IML) se constituyen como órganos especializados que centralizan las funciones realizadas por los institutos anatómico-forenses y clínicas anatómico-forenses. **Objetivo.** Conocer la demanda de periciales psicológicas llevadas a cabo en un IML que han requerido de exploración

neuropsicológica forense. **Sujetos y métodos.** Se estudiaron los expedientes activos desde enero hasta el 17 de mayo de 2006 de la Consulta de Psicología Forense del IML de Jaén, excluyéndose los expedientes de violencia de género. Dicha consulta atiende las peticiones de toda la provincia de Jaén. Se realizaron tablas de contingencia para conocer la distribución en relación a la calidad de encausado, sexo, capacitación, tipo de procedimiento, y si para la consecución del objeto pericial había sido necesaria una exploración neuropsicológica. **Resultados.** Los resultados muestran que el número total de encausados fue de 74 (41 mujeres). De un total de 60 expedientes activos, 17 (28%) requirieron exploraciones neuropsicológicas forenses. Los expedientes que requirieron evaluaciones neuropsicológicas se encontraban en procedimientos de diligencias previas (52,9%), diligencias informativas (35,3%), internamiento urgente/no urgente (5,9%) y diligencias preliminares (5,9%). Entre las evaluaciones neuropsicológicas forenses, los explorados fueron evaluados en calidad de incapacitados (58,8%), de imputados (11,8%), de víctimas (11,8%) y de presuntas víctimas (17,6%). Entre todos ellos, únicamente el 10% era menor de edad. **Conclusiones.** Las actuaciones periciales neuropsicológicas llevadas a cabo en el IML de Jaén responden mayoritariamente a un objeto pericial de incapacitación. Son promovidas por la Fiscalía y llevadas a cabo por Juzgados de Primera Instancia. En segundo lugar predominan los procedimientos penales mediante actuaciones dirigidas a la valoración de secuelas y estudio sobre imputabilidad.

P30.

DE CREDIBILIDAD DEL TESTIMONIO A SIMULACIÓN: UN CASO FORENSE

M. Meersmans ^{a,c}, J. Rivas-González ^b, M.I. Santoyo ^a, A. López-Jiménez ^c, S. Santiago-Ramajo ^c, O. Román-Pérez ^a

^a Instituto de Medicina Legal. Jaén. ^b Facultad de Psicología.

Universidad Nacional de Educación a Distancia.

^c Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

Introducción. El perito responde con su testimonio experto a la demanda del juez con el fin de esclarecer unos hechos. En ocasiones, es necesario ampliar o transformar el objeto pericial para ajustarse a una situación cambiante. Para dar respuesta a ciertas peticiones es imprescindible una aproximación neuropsicológica forense. **Caso clínico.** Demanda del juzgado, mediante un procedimiento de diligencias previas, de un examen pericial psicológico respecto a una denuncia de presunto abuso sexual a una discapacitada intelectual. Se solicita conocer la veracidad del testimonio y de los hechos en los implicados. El imputado es un varón de 85 años que niega rotundamente los hechos, lo cual imposibilita un análisis de la credibilidad del testimonio. Durante las entrevistas clínicoforenses se pone de manifiesto una actitud defensiva y escasa colaboración. Aporta un informe neurológico con diagnóstico de demencia incipiente. Ante las dificultades mnésicas que refiere el explorado, se realiza una exploración neuropsicológica forense para evaluar el estado cognitivo y poder determinar la capacidad de comprensión y entendimiento actual. Los resultados muestran baja motivación (15 ítems de Rey = 3), falta de consistencia interna en el rendimiento cognitivo evaluado (amplitud mnésica, razonamiento abstracto...), incongruencia entre las alteraciones cognitivas manifestadas, testadas (MMSE = 15/30; MDRS = 83/144) y con el grado de funcionamiento diario (índice de Barthel = 95; FAQ < 6; EAAG = 83). **Conclusiones.** Aunque no se puede responder al objeto pericial, se informa sobre cuestiones relevantes para el procedimiento. La aportación de la exploración neuropsicológica forense indica que el denunciado no posee alteración de sus capacidades cognitivas y volitivas, por lo que es susceptible de ser imputado; además, tras la valoración de conjunto se diagnostica según DSM-IV-TR: Z76.5-Simulación-[V65.2].

P31.**CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD DE UNA MUESTRA DE CUIDADORES PRINCIPALES DE AFECTADOS POR DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO**

G. Cuberos-Urbano^b, A. Caracuel-Romero^a, A. Verdejo-García^b, M.A. Coín-Mejías^b, A. Piñar-Salinas^b, M. Gómez-Espigares^b, A. Montes-Lozano^b, M. Pérez-García^b, A. Rodríguez-Menchén^b, L. Moreno-López^b, K. Castellano-Frutos^b, P. Pérez-Campos^b, M. Bueno-García^b, A.M. Santos-Ruiz^b, S. Panadero-Sánchez^b, F. López-Tapia^b

^aFIBAO. ^bFacultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada.

Introducción. Desde la neuropsicología se ha puesto mucho énfasis en estudiar funciones cerebrales, desarrollar instrumentos de evaluación más específicos, valorar repercusiones a distintos niveles... pero teniendo como principal protagonista al afectado directamente por el daño. La familia en la que se inserta el afectado no ha sido muy tenida en cuenta hasta hace relativamente poco, a pesar de las llamadas de atención de importantes investigadores en la materia, las conclusiones y reflexiones han girado en torno a las que en su día vertieran unos pocos. **Objetivo.** Valorar el cambio en el estado de salud de una muestra de cuidadores principales de afectados por daño cerebral adquirido. **Sujetos y métodos.** La muestra final estuvo compuesta por 30 cuidadores principales de pacientes que habían sufrido daño cerebral adquirido (26 mujeres y 4 varones). Los datos fueron registrados con un listado de 16 síntomas que hacían alusión a aspectos físicos, emocionales y comportamentales; posteriormente se llevó a cabo un análisis de medidas repetidas, teniendo como variable el estado de salud en dos momentos, antes y después del daño cerebral adquirido. **Resultados.** Los resultados muestran que existían diferencias estadísticamente significativas ($F_{(1,28)} = 39,42$; $p < 0,000$), existiendo un empeoramiento estadísticamente significativo de la salud del cuidador principal entre el estado de salud del cuidador principal antes y después del daño cerebral adquirido. El δ de Cohen resultante es de 1,16, indicando un tamaño del efecto clínicamente significativo. **Conclusiones.** Se observa un cambio en el estado de salud de la muestra de cuidadores; esto se traduce en un empeoramiento estadísticamente significativo tras el daño cerebral adquirido.

P32.**EVALUACIÓN DEL TRASTORNO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA CON LA BEHAVIOURAL ASSESSMENT OF THE DYSEXECUTIVE SYNDROME (BADS)**

A. Caracuel-Romero^a, I. Salinas-Sánchez^a, G. Cuberos-Urbano^b, M.A. Coín-Mejías^b, A. Verdejo-García^b, A. Piñar-Salinas^b, M. Gómez-Espigares^b, A. Montes-Lozano^b, R. Vilar-López^b, M. Pérez-García^b, M. Bueno-García^b, A.M. Santos-Ruiz^b, S. Panadero-Sánchez^b, F. López-Tapia^b, L. Moreno-López^b, K. Castellano-Frutos^b, P. Pérez-Campos^b, A. Rodríguez-Menchén^b

^aFIBAO. ^bFacultad de Psicología. Universidad de Granada. Granada.

Introducción. El trastorno de la función ejecutiva es un síndrome provocado por distintas etiologías y localizaciones y, a pesar de la variabilidad existen unas manifestaciones características: alteraciones de la atención, distracción, dificultad para captar el conjunto de una tarea compleja, inflexibilidad cognitiva y baja tolerancia a la frustración. La *Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome* (BADS) evalúa este trastorno y predice los problemas de la vida diaria. **Objetivo.** Evaluar una muestra española de pacientes con daño cerebral adquirido con la BADS y estudiar la correlación entre los subtests. **Pacientes y métodos.** 15 sujetos afectados por daño cerebral adquirido, con una media de 27 años, de 10 años de escolaridad y 2,3 años de evolución. Evaluados con una traducción al español de la BADS. Se realizaron correlaciones divariadas

(Spearman) entre cada uno de los subtests y análisis de contingencias. **Resultados.** Se encuentran correlaciones significativas entre los subtests de cartas y llaves ($r_{(15)} = 0,654$; $p \leq 0,05$) y entre los subtests de los seis elementos y zoo ($r_{(15)} = 0,7$; $p \leq 0,05$), siendo únicamente la correlación entre los seis elementos y el zoo marginalmente significativas ($\chi^2_{(15)} = 13,944$; $p = 0,08$). **Conclusiones.** Existe una correlación entre los subtests de cartas y llaves; además, la observación de las medias entre nuestros sujetos y la muestra de pacientes utilizados para la baremación original de la prueba son similares excepto en los subtests del zoo y del juicio temporal, lo que puede deberse, en este último subtest, a la adaptación realizada a la población española.

P33.**TRATAMIENTO DE UN CASO DE AFASIA GLOBAL GRAVE**

A. Montes-Lozano^a, A. Caracuel-Romero^b, G. Cuberos-Urbano^a, M.A. Coín-Mejías^a, M. Gómez-Espigares^a, A. Piñar-Salinas^a, A. Rodríguez-Menchén^a, P. Pérez-Campos^a, M. Bueno-García^a, A.M. Santos-Ruiz^a, K. Castellano-Frutos^a, S. Panadero-Sánchez^a, F. López-Tapia^a, L. Moreno-López^a

^aFacultad de Psicología. Universidad de Granada. ^bFIBAO. Granada.

Introducción. La afasia es una alteración del lenguaje que se produce después de la adquisición del mismo debida a lesiones cerebrales. La afasia global es una modalidad en el que tanto las funciones expresivas como receptivas están gravemente afectadas. Los afectados suelen presentar un habla no fluida, importantes limitaciones en la comprensión y son incapaces de repetir. Además muestran poca capacidad de denominación, de lectura y escritura. **Caso clínico.** Varón de 46 años que sufre un ictus isquémico en la arteria cerebral media izquierda. Entre las secuelas destacan una hemiplejía derecha y un grave trastorno del lenguaje. En la evaluación con el test de Boston para el diagnóstico de la afasia presenta un lenguaje aflorente, perseverativo y con múltiples parafasias. La lectura y escritura están gravemente afectadas. La dimensión receptiva está menos deteriorada y es capaz de comprender frases de baja complejidad. **Conclusiones.** Los resultados indican que presenta una afasia global. Los resultados escasos del tratamiento anterior recibido nos llevan a plantearnos una rehabilitación con tres objetivos básicos: ampliar el vocabulario básico y funcional para la vida cotidiana, disminuir las perseveraciones, y la necesidad de implantar paralelamente un sistema aumentativo de comunicación. Sistema basado en símbolos estáticos en paneles (pictograma) que recuerdan claramente su referente y se reconocen sin necesidad de instrucción. La selección y organización del vocabulario va dirigido a facilitar la comunicación funcional, y va desde nombres de objetos y alimentos hasta una gran variedad de acciones.

P34.**ESTUDIO PSICÓMETRICO DEL TEST DE DENOMINACIÓN DE BOSTON EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES**

M. Morales, E. Luque, J.I. Sañudo, E.F. Sánchez

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Introducción. El test de denominación de Boston (TDB) es una de las pruebas más ampliamente utilizadas para la evaluación de las habilidades de denominación en personas mayores y en pacientes con demencia. Sin embargo la longitud de la prueba constituye un inconveniente a la hora de su elección como instrumento de evaluación por lo que se hace necesario el desarrollo de formas abreviadas. **Objetivo.** Se ha construido una versión abreviada del TDB mediante la teoría clásica de los tests para su uso en poblaciones de personas mayores. **Sujetos y métodos.** Se ha aplicado el TDB a una muestra de 142 personas mayores de 55 años. **Resultados.** Se ha e-

ncontrado que 20 de los 60 ítems originales presentan índices bajos de discriminación y dificultad. No obstante, la fiabilidad de la prueba es satisfactoria, aunque los criterios psicométricos mejoran cuando se eliminan los 20 ítems anteriormente señalados. **Conclusiones.** Se propone utilizar una versión breve del TDB que presenta mejores niveles de fiabilidad para evaluar a personas mayores y permite una reducción de su tiempo de aplicación.

P35.

ESTUDIO PSICOMÉTRICO DEL TEST DE DISCRIMINACIÓN VISUAL DE BENTON EN UNA MUESTRA DE PERSONAS MAYORES

M. Morales, J.I. Sañudo, E. Luque, E.F. Sánchez
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Introducción. El test de discriminación visual de formas de Benton (TDFB) es una de las pruebas que se utilizan frecuentemente para la evaluación de las habilidades visuoperceptivas en ancianos, pacientes con demencia y otras patologías neurológicas. A pesar de ser un test popular para valorar la capacidad de análisis visual, es necesario estudiar sus características psicométricas para su uso en poblaciones de ancianos. **Objetivo.** Estudiar las propiedades psicométricas del TDFB mediante la teoría clásica de los tests para su uso en poblaciones de personas mayores. **Sujetos y métodos.** Se ha aplicado el TDFB a una muestra de 358 personas mayores de 55 años. **Resultados.** Se ha encontrado que el coeficiente α tuvo un valor de 0,78 y la proporción media de aciertos fue del 82,8 % de los ítems. Los ítems con los peores índices de discriminación fueron el 1 y 13. Su eliminación no supone ninguna merma en la calidad del test. **Conclusiones.** Los resultados indican que el TDFB es una prueba que resulta muy fácil para los sujetos con las características estudiadas y presenta niveles bajos de fiabilidad. Resulta conveniente llevar a cabo nuevos estudios que mejoren las propiedades psicométricas de esta prueba.

P36.

CAMBIOS COGNITIVOS Y SUBJETIVOS TRAS LA CIRUGÍA EN PACIENTES CON EPILEPSIA DEL LÓBULO TEMPORAL MEDIAL

I. Trujillo-Pozo ^b, I. Martín-Monzón ^c, C. Ruiz-Broco ^c, M. Prieto-Jaime ^c, M. Llano-Lagares ^c, J.C. Alarcón-Cruz ^b, J.M. Montero-Elena ^b, F. Rodríguez-Burgos ^b, F. Villalobos-Chávez ^b, J.J. Rodríguez-Uranga ^b, G. Moreno-Castro ^b, M. Oliver-Romero ^b, F. Federero-Martínez ^a, R. Rubio-Romero ^a

^a Servicio de Anestesiología y Reanimación. ^b Unidad de Cirugía de la Epilepsia. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. ^c Máster en Psicobiología del Daño Cerebral. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Introducción. En el abordaje quirúrgico de pacientes con epilepsia farmacorresistente se hace imprescindible un equipo multidisciplinario. Dichos pacientes son evaluados neuropsicológicamente, además de realizarles un completo estudio neurológico, neurofisiológico (EEG), neurorradiológico (TAC, RM, SPECT HMPAO intercítico) y test de Wada con propofol. El estudio de los trastornos neuropsicológicos brinda información valiosa en la decisión quirúrgica de la epilepsia del lóbulo temporal medial (ELTM). **Objetivo.** Evaluar funciones cognitivas, conductuales y emocionales en pacientes con ELTM tras la cirugía, así como su repercusión sobre su calidad de vida seis meses tras la intervención. **Pacientes y métodos.** Se evaluaron dos pacientes con ELTM izquierda y dos pacientes con ELTM derecha, mediante una batería neuropsicológica. Para evaluar la calidad de vida se utilizó el cuestionario QOLIE-31. Estos resultados fueron comparados mediante la prueba *T* para muestras independientes y muestras relacionadas ($p > 0,05$). **Resultados.** La

comparación entre ELTM izquierda y derecha reveló diferencias significativas en copia y memoria visual inmediata y demorada de una figura compleja, antes de la cirugía. Tras la cirugía, las diferencias significativas se obtuvieron en memoria verbal inmediata y demorada, con material verbal estructurado y con contenido. El análisis intragrupo sólo mostró diferencias en memoria visual demorada en ELTM izquierda. La calidad de vida de los pacientes tras la cirugía fue similar a la de la población general. **Conclusiones.** La evaluación pre y posquirúrgica, permite valorar la aparición de cambios cognitivos, tales como mejoría en los déficit visuales prequirúrgicos en sujetos de ELTM derecha, y leve deterioro de memoria verbal en ELTM izquierda, percibiendo una óptima calidad de vida.

P37.

LATERALIZACIÓN HEMISFÉRICA DEL CONTROL DE LA INHIBICIÓN DE RESPUESTA: HALLAZGOS EN EL TEST DE WADA

I. Trujillo-Pozo ^b, A. Gómez-García ^c, M. Prieto-Jaime ^c, C. Ruiz-Broco ^c, I. Martín-Monzón ^c, M. Llano-Lagares ^c, F. Rodríguez-Fernández ^d, C. Salas-García ^d, J.C. Alarcón-Cruz ^b, J.M. Montero-Elena ^b, F. Rodríguez-Burgos ^b, F. Villalobos-Chávez ^b, J.J. Rodríguez-Uranga ^b, G. Moreno-Castro ^b, M. Oliver-Romero ^b, F. Federero-Martínez ^a, R. Rubio-Romero ^a

^a Servicio de Anestesiología y Reanimación. ^b Unidad Médico-Quirúrgica de Cirugía de la Epilepsia. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío.

^c Máster en Psicobiología del Daño Cerebral. Universidad de Sevilla.

^d Laboratorio de Psicobiología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Introducción. La inyección intracarotídea de un barbitúrico de acción corta (propofol), se emplea en la evaluación prequirúrgica de pacientes candidatos a cirugía de la epilepsia. La anestesia de cada hemisferio cerebral por separado permite determinar la dominancia de funciones como lenguaje o memoria. **Objetivo.** Explorar los efectos sobre las respuestas emocionales tras anestesia transitoria con un anestésico de acción corta de un hemisferio cerebral. **Pacientes y métodos.** Registrar la incidencia de respuestas emocionales durante la anestesia de la arteria carótida interna derecha e izquierda tras la inyección de anestésico para la evaluación del lenguaje y la memoria. El número de pacientes en los que se realizó el test de Wada fueron 18 (10 esclerosis mesiales temporales izquierdas, 4 esclerosis mesiales temporales derechas, 1 tumor temporal y 3 epilepsias extratemporales). En la serie, el sexo fue: 10 hombres y 8 mujeres. En esta muestra, el método fue siempre de registro de respuestas espontáneas. En ningún caso se utilizaron estímulos desencadenantes que pudiesen provocar dichas respuestas emocionales. Se excluyeron dos pacientes debido a la imposibilidad de realizar la prueba por estado estuporoso). El método utilizado fue exclusivamente el registro de conductas. **Resultados.** El 89% de la serie presentó desinhibición conductual, manifestándose a través de expresiones verbales y corporales inadecuadas, etc. Dichas respuestas correspondieron a un estado de ánimo eufórico en toda la serie y aparecieron tras la anestesia del hemisferio derecho. **Conclusiones.** Los datos preliminares establecen una lateralización clara del control de la respuesta emocional eufórica espontánea en el hemisferio derecho.

P38.**DÉFICIT DE APRENDIZAJE ESPACIAL EN SUJETOS CON AMIGDALOHIPOCAMPECTOMÍA UNILATERAL**

I. Trujillo-Pozo ^a, F. Rodríguez-Fernández ^b, C. Salas-García ^b, A. Gómez-García ^b, C. Broglio-Schenon ^b, E. Durán-García ^c, I. Martín-Monzón ^b, J.C. Alarcón-Cruz ^a, F. Rodríguez-Burgos.

^a Unidad Médico-Quirúrgica de Cirugía de la Epilepsia.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. ^b Laboratorio de Psicobiología. Universidad de Sevilla. Sevilla. ^c Laboratorio de Psicobiología.

Universidad de Huelva. Huelva.

Introducción. El hipocampo está implicado en el comportamiento espacial cuando se requiere una representación de las posiciones relativas de los elementos que integran un ambiente. **Objetivo.** Analizar déficit de aprendizaje espacial en pacientes con amigdalohipo- campectomía (AH) unilateral. **Sujetos y métodos.** Los sujetos fueron entrenados en una prueba de aprendizaje espacial con una maqueta de una habitación con claves; el sujeto debe localizar una meta que ocupa siempre el mismo lugar. Durante el entrenamiento debe aprender trayectorias diferentes y desde distintas perspectivas para localizar la meta, potenciándose el empleo de marcos de referencia aloecéntricos para la resolución de la tarea. Una vez alcanzado el criterio de aprendizaje se realizaron ensayos de prueba y transferencia para poner de manifiesto las estrategias usadas para la resolución de la tarea. En estos ensayos se manipularon la disposición de las claves y nuevas posiciones de salida. Se entrenó a 14 sujetos (4 AH derecha, 3 AH izquierda y 7 controles), seis meses o más tras la resección. **Resultados.** Los resultados mostraron retraso significativo en pacientes con AH derecha en el aprendizaje de la tarea, en relación a controles y pacientes con AH izquierda. Sujetos con AH izquierda y controles aprendieron la tarea tras un número de ensayos similar. Los ensayos de prueba mostraron importantes diferencias al retirar claves proximales, sujetos con AH izquierda y controles localizaron correctamente la meta. **Conclusiones.** Estos resultados demuestran que los pacientes con AH derecha, frente a los pacientes con AH izquierda, tienen un importante déficit para el empleo de estrategias de aprendizaje espacial relacional complejo.

P39.**PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INTRAOPERATORIO EN ÁREAS ELOCUENTES**

I. Trujillo-Pozo ^b, M. Llano-Lagares ^d, I. Martín-Monzón ^d, C. Ruiz-Broco ^d, M. Prieto-Jaime ^d, F. Rodríguez-Fernández ^e, C. Salas-García ^e, A. Gómez-García ^d, J.C. Alarcón-Cruz ^b, J.M. Montero-Elena ^b, M. Oliver-Romero ^b, F. Rodríguez-Burgos ^b, F. Villalobos-Chávez ^b, J.J. Rodríguez-Uranga ^b, P. Chaparro-Hernández ^c, F. Federero-Martínez ^a, R. Rubio-Romero ^a

^a Servicio de Anestesiología y Reanimación. ^b Unidad Médico-Quirúrgica de Cirugía de la Epilepsia. ^c Unidad de Neurofisiología Clínica.

Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. ^d Máster en Psicobiología del Daño Cerebral. Universidad de Sevilla. ^e Laboratorio de Psicobiología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Introducción. El control de una posible lesión en cirugía de áreas funcionales obliga a elaborar protocolos lo más afinados posible. El uso de estos protocolos debe maximizar nuestra capacidad de detectar un déficit antes de que se haga definitivo. **Objetivo.** Minimizar y controlar las secuelas de la intervención en procesos localizados en áreas elocuentes, o próximos a las mismas. **Pacientes y métodos.** La serie incluye 42 pacientes, siendo la serie controlada de 30. La evaluación neuropsicológica perioperatoria se centró en evaluación del lenguaje (comprensión y expresión), así como estados de activación y emocional, correspondiendo al neurofisiólogo y neurocirujano la exploración motora. **Resultados.** El equipo de cirugía funcional presenta unos resultados excelentes: de los 30 pa-

cientes se produjeron 24 resecciones completas, dos parciales y dos casos en los que no se pudo resecar nada. De estos pacientes intervenidos, dos recuperan déficit prequirúrgico y dos generan déficit *de novo* establecido. El hecho de que en la serie tengamos casos en los que se haya realizado una exéresis incompleta es lo que valida la técnica y hace necesario la utilización de dicho protocolo. Indudablemente estos buenos resultados alcanzados por el equipo de cirugía se deben a una exitosa evaluación de áreas elocuentes en el momento de la intervención, así como disponer de una exhaustiva evaluación neuropsicológica preoperatoria que agilice y no contamine la evaluación intraoperatoria. **Conclusión.** Los resultados con craneotomías con paciente despierto dan validez a la técnica que llevamos a cabo, justificando que cada vez depuremos más la misma a través de una evaluación más exhaustiva e integradora.

P40.**ESTUDIO PSICÓMETRICO DE LA ESCALA ABREVIADA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE**

M. Morales, E. Vergara, E. Luque

Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. Sevilla.

Introducción. La escala abreviada de depresión de Yesavage (GDS) es una de las pruebas más ampliamente utilizadas para la evaluación de síntomas depresivos en personas mayores. Existen pocos estudios que se hayan interesado por las características psicométricas de la prueba. **Objetivo.** Se ha aplicado la teoría clásica de los test para estudiar consistencia interna y la fiabilidad de la prueba. **Sujetos y métodos.** Se ha aplicado la GDS a una muestra de 317 personas mayores de 55 años. **Resultados.** Se ha encontrado que el coeficiente α fue de 0,76, existiendo cuatro ítems (6, 11, 14 y 15) con niveles de discriminación muy bajos. Asimismo, los ítems más discriminativos fueron el 1, 3, 4, 7 y 12. **Conclusiones.** Las posibilidades de discriminación e identificación de personas que presentan síntomas depresivos con la escala GDS mejorarían si se eliminaran algunos ítems de la escala original.

P41.**DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON DEMENCIA TIPO ALZHEIMER Y CONTROLES EN LA DEMENTIA RATING SCALE II**

V. Portillo-Reyes ^{a,b,c}, P. Betanzos ^{a,b}, F. Lazos-Pérez ^d, R. Vilches ^b, M. Pérez-García ^{a,b}, S. Vargas ^c, L. Anllo ^a

^a Universidad de Granada. ^b Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

^c Asociación de Alzheimer en El Paso. El Paso, México. ^d Centro Neurológico de Ciudad Juárez. Ciudad Juárez, México.

Introducción. La demencia tipo Alzheimer (DTA) es una enfermedad que cada día va en aumento y se considera que, en el mundo, 25 millones de personas padecen la enfermedad, de la cual no se han establecido suficientes medidas para el diagnóstico oportuno de esta demencia. El diagnóstico temprano es complicado dado a que en sus primeras fases la enfermedad se puede confundir con el proceso normal de envejecimiento u otras demencias. La detección temprana y exacta con la medicación oportuna y correcta podría ayudar al menos a enlentecer su avance. Una de las pruebas más usadas para medir demencia es la *Dementia Rating Scale-II* (DRS-2), prueba con cinco categorías que miden atención, iniciación, construcción, concepto y memoria. Sin embargo, sólo existe una traducción en castellano de la misma, y no existen estudios de si en verdad esta traducción ayuda a diagnosticar la DTA. **Objetivo.** El fin de este estudio fue hacer una comparación de la traducción de esta prueba con pacientes controles y con pacientes con la enfermedad de Alzheimer para analizar los resultados y comparar si en verdad esta traducción hace una clara diferenciación entre sujetos con

DTA en grados I y II y sujetos controles. *Sujetos y métodos.* Se evaluaron las cinco escalas de la DRS-2 en 21 sujetos con DTA, en estadios, y en 25 controles. Los criterios de inclusión para el grupo control fue que tuvieran mas de 50 años, sin ningún deterioro cognitivo y sin ningún antecedente de éste. Para el grupo de Alzheimer, los criterios de inclusión fueron que tuvieran más de 50 años y un diagnóstico según el DSM-IV o NINCS-ADRA en fase I o II, es decir, leve o moderada. *Resultados.* Los resultados en la aplicación del DRS-2 muestran diferencias entre los sujetos control y los sujetos con DTA en todas las escalas, excepto en la de construcción, donde no existen diferencias significativas. *Conclusiones.* Se puede afirmar que, en este primer estudio, la DRS-2 sí detecta la DTA en estadios iniciales y moderados; es posible que en la escala de construcción los resultados no difieran debido a que esta habilidad en DTA se deteriora en estadios más avanzados.

P42.

DETERIORO COGNITIVO EN LA ENFERMEDAD SISTÉMICA AUTOINMUNE

J. Mora-Roche^a, J.A. Mora-Merchán^a, J. Sánchez-Román^b, C. Ocaña-Medina^b, F.J. García-Hernández^b, J. Ruiz-Franco-Baux^b

^a Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

^b Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. Algunas enfermedades sistémicas autoinmunes comprometen el funcionamiento neuropsicológico cuyo alcance se ha estudiado poco, y con series cortas de paciente. *Objetivos.* Estudiar la afección cognitiva de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedad de Behçet (EB), y determinar si existe un perfil cognitivo típico en la enfermedad sistémica y perfiles diferenciales entre estos grupos. *Pacientes y métodos.* 52 pacientes con LES y 31 pacientes con EB. Se aplicó una batería de cuatro tests cognitivos y estudio con RM y SPECT. *Resultados.* El 67 % de los pacientes con LES presentan alteraciones cognitivas significativas. La inteligencia verbal está disminuida en el 42% de los pacientes; el factor *g*, en el 47%; la atención, en el 47%, y la memoria inmediata, en el 5%. Es significativa la relación entre déficit de atención y clínica neuropsicológica ($p = 0,0006$) y la relación entre rendimiento cognitivo global y alteraciones multifocales encontradas en el SPECT ($p = 0,02$). El deterioro de inteligencia verbal correlaciona ($p < 0,05$) con alteraciones temporoparietales izquierdas en el SPECT. Los pacientes con EB tienen una alteración cognitiva en el 35,5% de casos que no se asocia a la clínica ni a alteraciones en RM y SPECT. *Conclusiones.* La alteración cognitiva en LES y EB es superior a la de la población general. La alteración es mayor en LES, lo que podría interpretarse como diferentes comportamientos de las enfermedades autoinmunes. En LES, el perfil de deterioro no se corresponde con el patrón evolutivo. El test de atención ha mostrado la mejor asociación con la clínica neuropsicológica y alteraciones del SPECT.

P43.

PERFIL DE PERSONALIDAD EN LA ENFERMEDAD SISTÉMICA AUTOINMUNE

J. Mora-Roche^a, J.A. Mora-Merchán^a, J. Sánchez-Román^b, C. Ocaña-Medina^b, F.J. García-Hernández^b, J. Ruiz-Franco-Baux^b

^a Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla.

^b Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

Introducción. La bibliografía describe estructuras de personalidad y cuadros psicopatológicos asociados a la enfermedad autoinmune. *Objetivos.* Estudiar el perfil de personalidad de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedad de Behçet (EB), y determinar si existe un perfil típico en la enfermedad sistémica y si existen perfiles diferenciales en estos grupos de pacientes. *Pacientes y*

métodos. 52 pacientes con LES y 31 pacientes con EB. A todos ellos se les aplicó el MMPI y se estudiaron con RM y SPECT. *Resultados.* El 92% de los enfermos con LES y el 77% con EB presenta alteraciones ($T > 70$) en sus perfiles del MMPI. Ambos grupos de pacientes coinciden en los perfiles de personalidad (28 y 21) más frecuentes. Los estudios con SPECT muestran alteración en el 96% de pacientes con LES (80% multifocal). En EB, los porcentajes correspondientes son 73 y 68%, respectivamente. La RM tenía alteraciones moderadas o graves en el 42% de pacientes con LES y 40 % con EB. Los resultados del SPECT concuerdan más con los del MMPI que los de la RM. *Conclusiones.* Hay alteración del perfil de personalidad en la gran mayoría de enfermos con LES y EB. La personalidad encontrada se caracteriza por quejas somáticas, ansiedad, disforia, estrés, introversión y retracción social y escasa confianza en sí mismo. Se plantea la duda de si la psicopatología hallada es consecuencia de la exposición a una enfermedad crónica, más que el efecto del trastorno autoinmune. Se abren líneas de intervención psicoterapéutica orientadas a la mejora de calidad de vida de estos pacientes.

P44.

ADAPTACIÓN DE LA PRUEBA DE APRENDIZAJE Y MEMORIA VERBAL CALIFORNIA VERBAL LEARNING TEST-II A LA POBLACIÓN ESPAÑOLA: UN ESTUDIO PRELIMINAR

P. Betanzos^{a,b}, V. Portillo^{a,b}, R. Vilches^b, L. Anllo^{a,b}, M. Pérez^{a,b}

^a Universidad de Granada. ^b Unidad de Demencia.

Servicio Universitario. Hospital Virgen de las Nieves. Granada.

Introducción. El California Verbal Learning Test-II (CVLT-II) es una prueba neuropsicológica utilizada para medir memoria episódica. Existe una versión del CVLT traducida al español, el TAVEC (test de aprendizaje verbal complutense). Sin embargo, el TAVEC arrastra los problemas que tiene el CVLT y que justificaron la realización del CVLT-II. *Objetivo.* El objetivo del estudio es la adaptación del CVLT-II al español. *Sujetos y métodos.* Se evaluó la fluidez verbal en 32 sujetos sanos mayores de 50 años, con pruebas de fluidez semántica (animales, prendas de vestir, flores, transportes, verduras, muebles, frutas, partes de una casa, instrumentos musicales y árboles), y con pruebas de fluidez fonética (F, A, S, P, M y R). También se evaluó el estado cognitivo con el MMSE y la *Dementia Rating Scale-II* (DRS-II), y la memoria con el TAVEC. A continuación, se construyó la adaptación al español del CVLT-II (V2) a partir de las pruebas de fluidez semántica. Se evaluó a 15 sujetos de la muestra un mes después con la V2. Se compararon las 10 variables del TAVEC con las 10 de la V2: memoria inmediata en el primer ensayo, memoria inmediata en el quinto ensayo, memoria inmediata total, memoria a corto plazo (con y sin claves), memoria a largo plazo (con y sin claves), y reconocimiento. También se comparó la V2 con la puntuación de los sujetos en memoria del DRS-II. *Resultados.* Los resultados muestran un incremento en la ejecución de la V2 con respecto al TAVEC. Además, el TAVEC correlaciona con la edad mientras que la V2 no muestra dicha correlación. Se encontraron correlaciones significativas entre memoria del DRS-II y la V2, pero no para el TAVEC. *Conclusiones.* Los resultados indican que la V2 es una buena prueba de memoria.

P45.

CASO CLÍNICO. TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO

M. Múzquiz-Arias^a, L. Múzquiz-Arias^b

^a Universidad Nacional Autónoma de México.

^b Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México.

Introducción. El traumatismo craneoencefálico se presenta con una destacada incidencia. La neuropsicología lo evalúa y lo rehabilita.

Caso clínico. Varón de 30 años, que sufrió un accidente de tráfico. Sufrió coma, hemorragia intraparenquimatosa bifrontal, subaracnoidea occipital y edema cerebral difuso, traumatismo facial grave y oclusión del ojo izquierdo. Medicamentos: antidepresivo, somnífero y anticonvulsivo. Se le efectuó una evaluación neuropsicológica diez meses después. **Conclusiones.** Afasia fluente con anomia grave, neologismos, parafasias semánticas y fonológicas, ecolalia. Lenguaje espontáneo más preservado que el de producción. Sin alteración en cálculo, lectura o escritura. Orientación temporal y espacial, y atención y vigilancia, alteradas. Memoria inmediata (dígitos WAIS), remota, de fijación y visual (*Visual Form Discrimination*), y capacidad de aprendizaje, ligeramente alteradas. Funciones ejecutivas: funciones frontales para el familiar de Grace y Malloy, y *Trail Making Test A* y B, normales; historietas WAIS, normal; planeación y secuencias, ligeramente preservadas. Gnosis visuales. Reloj 5/5 y Poppelreuter 5/5, normal. Praxis constructivas 8 ligeramente alterada, Ideomotriz de imitación 3/3 normal y simbólica 0/3 alterada. Espasticidad en miembro superior derecho y en miembro inferior. Estado mental mínimo de Folstein (MMS): PD 9/35. Estado mental: comprensión, juicio y conciencia, ligeramente alterados. Actividades de la vida diaria: autónomo, excepto para abrocharse, comprar y salir. Emotividad: falta de motivación e iniciativa, poca higiene personal, hilaridad explosiva. Recomendaciones: rehabilitación cognitiva, terapia familiar, fisioterapia, logopedia, oftalmología, maxilofacial.

P46.

CASO CLÍNICO. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

M. Múzquiz-Arias^a, L. Múzquiz-Arias^b

^a Universidad Nacional Autónoma de México.

^b Instituto Nacional de la Comunicación Humana. México

Introducción. El accidente cerebrovascular (ACV) es un caso inoperado, donde una actuación oportuna de un neuropsicólogo es muy importante. **Caso clínico.** Mujer de 81 años que sufrió un ACV en el occipital derecho. Perforación del oído izquierdo e hipoacusia en el oído derecho desde los 12 años, utiliza micrófono. **Conclusiones.** Estado mental mínimo de Folstein (MMS): PD 23/35. Demencia. Agnosia visual aperceptiva, rotación de las figuras 80°, alteración perceptiva de volumen y estructura. Ve sólo el lado derecho: Reloj 0 y Poppelreuter 0 alterados. Atención, cálculo, orientación espacial y temporal están ligeramente alterados. La memoria verbal inmediata (dígitos WAIS: 3), de fijación (AVLT: 0, 3, 4, 4, 5) y a largo plazo (6), las funciones frontales ejecutivas, y la capacidad de planeación, secuenciación y organización, alteradas. La memoria remota y retrograda, sin alteración aparente. Lenguaje espontáneo normal, denominación (BNT) 36/50 alterado, en este caso debido a un ambiente familiar empobrecido. Praxis constructivas 0, alterado; ideomotriz de imitación 2/3, ligeramente alterado; simbólica 3/3, normal. Funciones frontales: fluencia fonética con consigna 8 y semántica con consigna 14, alteradas. Estado mental: conciencia, juicio, comprensión y aprendizaje están preservados. Requiere ayuda en las actividades de la vida diaria, como vestirse, cocinar, tomar la medicación, comprar y salir a la calle. Recomendaciones: rehabilitación neuropsicológica, evaluación neuropsicológica sucesiva, revisión de un neurooptometrista, logopedia, orientación familiar.

P47.

CASO CLÍNICO. ALZHEIMER

M. Múzquiz-Arias

Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Introducción. La demencia aumenta en la población de manera imparable. Afecta no sólo a los pacientes, sino a su entorno, por lo que

se hace indispensable su asistencia integral. El siguiente caso es algo que ha empezado a ser común en nuestra sociedad, pero las familias siguen sin saber cómo actuar. **Caso clínico.** Varón de 77 años, con apnea, era subdirector de una empresa petrolera. Su esposa refiere problemas de memoria, orientación y apatía desde el año anterior. Se realiza una evaluación neuropsicológica. **Conclusiones.** Demencia de leve a moderada. Estado mental mínimo de Folstein (MMS): PD 10. *Blessed Dementia Scale* (BDS): 16,5. Actividades de la vida diaria: 7,5. Hábitos: 9. Personalidad y conducta: 0. *Functional Assessment Stages* (FAST): estadio 4. Dificultad para encontrar las palabras. Precisa ayuda para finanzas y planificación. Depresión establecida. Escala de depresión geriátrica (Yesavage): 12. Atención, aprendizaje, orientación temporal y espacial, alteradas. Memoria remota, de fijación (AVLT) 2, 3, 3, 2, 1; a largo plazo 0; inmediata (dígitos WAIS) 4,2, alteradas. Lenguaje espontáneo 3/3, alterado, y denominación (BNT) 50/60, ligeramente alterado. Praxis constructivas 1, alterado; ideomotriz de imitación 4, normal; simbólica 5, normal. Gnosis visuales: reloj 0, alterado; Poppelreuter 5,3, ligeramente alterado. Funciones ejecutivas: fluencia fonética con consigna 3, alterado; fluencia semántica con consigna 3, alterado; *Trail Making Test A*, alterado. Recomendaciones: supervisión para las actividades de la vida cotidiana, rehabilitación cognitiva, orientación, terapia familiar, contactar con asociación de Alzheimer.

P48.

RAZONAMIENTO NUMÉRICO Y CÁLCULO

M.P. Salguero^a, J.A. Lorca^a, J.R. Alameda^a,

A. Caracuel^b, F.J. San-Sabás^c

^a Área de Psicología Básica. Universidad de Huelva. Huelva.

^b Fundación Virgen de las Nieves. Granada. ^c Asociación de Familiares y Amigos del Paciente con Daño Cerebral de Cádiz (ADACCA). Cádiz.

Introducción. Se abordan las relaciones entre el razonamiento numérico y el cálculo, así como el papel diferencial del contexto en ambos procesos. **Objetivo.** Determinar las relaciones entre ambos tipos de habilidades numéricas. **Pacientes y métodos.** Personas con daño cerebral en el hemisferio izquierdo, a quienes se realiza examen neuropsicológico completo y prueba específica para la evaluación del procesamiento numérico y el cálculo. **Resultados.** PP y ML son capaces de resolver problemas y razonar con números, incluso con problemas secuenciales; por ejemplo, realizan satisfactoriamente problemas del tipo: 'si tienes cinco manzanas, te comes dos y pierdes una, ¿cuántas te quedan?'. Sin embargo, no pueden realizar operaciones aritméticas simples, ni en forma oral ni escrita, si se les presentan de manera aislada (p. ej., $4 - 2 = ?$). La paciente ANB presenta el patrón inverso, realiza cualquier tipo de cálculo de manera aislada o abstracta, tanto en forma oral como escrita, incluso realizando procedimientos de llevarse, pero no puede resolver problemas de razonamiento numérico simples. MNL presenta el mismo patrón que ANB, pero circunscrito a la multiplicación, es decir, multiplica correctamente de forma aislada, incluso llevándose, y sin embargo no es capaz de resolver un problema simple que requiera multiplicar un dígito por otro. **Conclusiones.** La capacidad para la resolución de problemas aritméticos mediante el uso de símbolos numéricos es independiente de la realización de las mismas operaciones de forma aislada, es decir, fuera de contexto, de manera abstracta. Estos resultados son explicados a la luz de los distintos modelos de procesamiento numérico y cálculo.

P49.

ENTRENAMIENTO EN CLAVES ASOCIATIVAS EN UN PROGRAMA DE APRENDIZAJE VERBAL PARA ENFERMOS CON DEMENCIA. ESTUDIO DE UN CASO

O. Prián-Serrano, M. Ruiz-Adame Reina

Asociación de Alzheimer Santa Elena. Sevilla.

Introducción. El empleo de estrategias de aprendizaje y recuerdo cuenta con amplias referencias bibliográficas en población con procesos degenerativos, los cuales se caracterizan por dificultad en nuevos aprendizajes. Se plantea si los procedimientos de entrenamiento estructurados pueden, en alguna medida, contribuir a cambiar la capacidad de fijación, y si el entrenamiento en claves favorece el recuerdo libre posterior y/o el recuerdo mediante facilitación por claves. El presente estudio es de caso único, a fin de estimar las tendencias en los resultados obtenidos, formando parte de un estudio de mayor amplitud.

Objetivos. Comprobar si el recuerdo de pares de palabras mejora a lo largo de las sesiones de entrenamiento; si mejora, comprobar si dicha tendencia se mantiene tras la tarea de interferencia. Además, observar si existe diferencia entre el recuerdo libre y el recuerdo con claves. *Caso clínico.* Mujer de 81 años, con enfermedad de Alzheimer probable en estadio leve y con las siguientes puntuaciones: MMSE = 23; GDS = 3; FAST = 3, y nivel educativo medio. Se empleó un cuadernillo con cuatro bloques de cuatro pares de palabras (total, 16 pares en cada ensayo), de los cuales ocho pares tenían relación fonológica, y ocho, relación semántica entre ellos. Se realizaron 11 sesiones de entrenamiento de 30 o 40 minutos diarios. Encontramos que, a lo largo de las sesiones de entrenamiento, la tendencia en el recuerdo total es ascendente, pero se observa capacidad de aprendizaje con el entrenamiento, pero no fijación del material. El entrenamiento con claves favorece el recuerdo mediante la facilitación con claves, pero no se generaliza al recuerdo libre.