

cer demencia. Estos resultados apoyan los encontrados en el estudio previo.

### P13.

#### Estudio exploratorio descriptivo de alteraciones de la respuesta sexual en pacientes con daño cerebral

E.M. del Águila-Martín, L.C. Sánchez-Sánchez, I. Fernández-Agís, M.T. Daza-González

Centro de Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica (CERNEP). Universidad de Almería.

**Introducción.** Aunque todavía muy escasos, diversos estudios señalan que un 50-60% de los pacientes con daño cerebral muestran alteraciones en la respuesta sexual. Es difícil determinar la causa de tales alteraciones porque estos pacientes pueden presentar de forma conjunta secuelas físicas, fisiológicas y psicológicas. **Objetivo.** Valorar la presencia de disfunción sexual en un grupo de pacientes adultos con daño cerebral adquirido. **Pacientes y métodos.** Muestra compuesta por 12 pacientes, 6 varones y 6 mujeres, con distintas etiología de daño cerebral (traumatismo craneoencefálico, encefalitis, accidente cerebrovascular). Todos ellos pasaron el cuestionario EVAS para la valoración de la respuesta sexual. **Resultados.** Aunque la muestra es muy pequeña, la proporción de pacientes que mostraron disfunción sexual fue baja en comparación con estudios previos (dos mujeres y un varón). En general, las puntuaciones en el cuestionario fueron más altas para hombres que para mujeres y la alteración más frecuente fue la inhibición del deseo, tanto en hombres como en mujeres, mostrando además insatisfacción sexual en el caso del varón. **Conclusiones.** Los resultados concuerdan con estudios previos en cuanto al tipo de alteración, ya que los pacientes suelen presentar hiposexualidad con mayor frecuencia que hipersexualidad. Es necesario seguir explorando estas alteraciones para determinar si es posible que los pacientes muestren anosognosia de sus dificultades sexuales o si existe relación entre alteraciones sexuales y patrones neuropsicológicos en pacientes con daño cerebral.

### P14.

#### Evaluación neuropsicológica de las funciones ejecutivas en pacientes con trastorno mental grave

O. Martín-Díaz<sup>a</sup>, M.T. Daza-González<sup>b</sup>, I. Fernández-Agís<sup>b</sup>, E. Santiago-Molina<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Hospital Torrecárdenas. <sup>b</sup> Centro de Evaluación y Rehabilitación Neuropsicológica (CERNEP). Universidad de Almería.

**Introducción.** Las funciones ejecutivas están implicadas en la resolución de situaciones novedosas o cambiantes. El trastorno mental grave es una nueva categoría diagnóstica heterogénea en la que se incluyen pacientes psiquiátricos crónicos y de la que no se conoce su perfil neuropsicológico. **Objetivo.** Evaluar de forma precisa y sistemática los distintos componentes de las funciones ejecutivas en un grupo de pacientes con trastorno mental grave mediante un protocolo informatizado que evalúa: mantenimiento y actualización de información en memoria de trabajo, inhibición motora y de estímulos irrelevantes, alternancia cognitiva, planificación y toma de decisiones. **Sujetos y métodos.** Muestra de 42 pacientes divididos en dos grupos de años de evolución (12 de corta evolución y 30 de larga evolución) y 20 sujetos voluntarios sanos de características sociodemográficas similares (personal del hospital de referencia). **Resultados.** En comparación con el grupo control, los pacientes mostraron un patrón de ejecución alterado en la puesta en marcha de los mecanismos de control ejecutivo explorados, especialmente los pacientes del grupo de larga evolución. **Conclusiones.** Los resultados sugieren que, a medida que evoluciona la enfermedad, por el propio deterioro debido a la patología o a consecuencia del uso crónico de los fármacos, el pronóstico es negativo con respecto al funcionamiento del sistema ejecutivo. De forma más importante, los pacientes de corta evolución mostraron un patrón cualitativamente diferente en toma de decisiones. Estos resultados apoyan la disociación funcional y anatómica del modelo que divide las funciones ejecutivas en 'cerebro frío' (cór-

tex prefrontal dorsolateral) frente a 'cerebro caliente' (córTEX prefrontal ventromedial).

### P15.

#### Evaluación neuropsicológica de niños con problemas de aprendizaje

C. Correa<sup>a</sup>, A. Muñoz<sup>a</sup>, C. Laynez<sup>a</sup>, F. Cruz<sup>b</sup>, M. Pérez<sup>b</sup>, M.A. Pérez<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Unidad de Seguimiento y Atención Precoz. Hospital Universitario San Cecilio.

<sup>b</sup> Departamento de Personalidad y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada.

<sup>c</sup> Colegio Santo Domingo. Granada.

**Introducción.** La demanda a los servicios de salud por problemas de aprendizaje en niños se ha incrementado en los últimos años. Ante esta situación es importante disponer de indicadores para mejorar la calidad de la atención respecto a la evaluación, diagnóstico y planificación de las intervenciones. Las disfunciones en el rendimiento escolar se relacionan con funciones neuropsicológicas que es necesario evaluar y detectar. **Objetivos.** Verificar la hipótesis de que los niños con problemas de aprendizaje obtendrán peores resultados que los controles en atención sostenida e impulsividad. Disponer de indicadores neuropsicológicos en la evaluación clínica permitirá precisar las orientaciones diagnósticas y las orientaciones de los pacientes. Los problemas de atención se relacionan con otras áreas neuropsicológicas como las funciones ejecutivas. **Sujetos y métodos.** Evaluación del grupo experimental ( $n = 43$ ) en la USEP del Hospital Clínico San Cecilio de Granada, y del grupo control ( $n = 30$ ) en la sala del Colegio Santo Domingo, en dos sesiones de 60 minutos cada una. Primera sesión: Rey, matrices, letras y números, *Token* y *K-bit*. Segunda sesión: Hooper, Stroop, TMT, FAS, Animales, 5D y CPT. **Resultados.** CPT índice: 30,4 (30,1) 78,1 (18,5) 7,60 0,00. CPT impulsividad: 36,2 (32) 80,1 (18,6) 6,74 0,00. CPT inatención: 32,3 (29,4) 72,5 (24,2) 6,15 0,00. CPT tiempo: 48,3 (24,2) 65,1 (19,4) 3,13 0,00. **Conclusiones.** Los niños con problemas de aprendizaje

muestran un rendimiento general más bajo que el grupo control en atención sostenida.

### P16.

#### Evolución de la desorientación en la enfermedad de Alzheimer

S. Manzanera-Sánchez, M. Antequera-Torres, L. Vivanco-Moreau, B. Martínez-Herrada, B. García-Torres, S. Castaño-Llorente, G. Reinante-Mariscal, J. Marín-Muñoz, F. Noguera-Perea, C. Antúñez-Almagro

Unidad de Demencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

**Introducción.** La orientación en espacio (OE), en tiempo (OT) y personal (OP) constituye un concepto heterogéneo relacionado con capacidades cognitivas como la atención y vigilancia, la memoria reciente, el conocimiento autobiográfico y la proyección en el futuro. En la enfermedad de Alzheimer (EA), según la escala de deterioro global de Reisberg (GDS), frecuentemente no hay defecto en OT y OP en el estadio GDS-4, contemplándose cierta desorientación temporoespacial y olvido de datos relevantes de la vida actual en GDS-5. **Objetivo.** Valorar la evolución de la OT, OE y OP en fases moderadas (GDS-4) y moderadas-graves (GDS-5) de la EA. **Pacientes y métodos.** Muestra formada por 10 sujetos con EA en fase GDS-4 y 22 en fase GDS-5. Se les administró el test minimal (MMSE) y el test de información personal de Benton. **Resultados.** Entre ambos estadios se hallaron diferencias significativas ( $p < 0,05$ ), tanto en la situación basal como a los seis meses, en OP y OE. No se hallaron diferencias significativas en el caso de la OT. **Conclusiones.** En la muestra estudiada se observó una tendencia a mejorar en OE y a empeorar en el caso de la OP a lo largo de seis meses en GDS-4 y GDS-5. Ello evidencia que la evolución del deterioro de la orientación se inicia en la OT, después en la OP y, por último, en la OE. Estos datos concuerdan con las fases II y III descritas por Domínguez et al (2002) en relación con la OT y la OE. Nuestros datos aportan luz respecto a qué ocurre con la OP en estos estadios.