



REG-14791450

NCUWUC

NLM -- 1996 C-973

UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT WILMINGTON  
 WILLIAM M RANDALL LIBRARY ILL  
 601 S COLLEGE ROAD  
 WILMINGTON, NC 28403

ATTN:	SUBMITTED:	2009-09-30 15:03:35
PHONE:	PRINTED:	2009-10-01 10:20:50
FAX:	REQUEST NO.:	REG-14791450
E-MAIL:	SENT VIA:	DOCLINE
	DOCLINE NO.:	KYB-27868035

REG	Copy	Monograph
TITLE:	DANO CEREBRAL TRAUMATICO, NEUROPSICOLOGIA Y CALIDAD DE VIDA / FUNDACION MAPFRE MEDICINA.	
PUBLISHER/PLACE:	La Fundacion Madrid :	
VOLUME/ISSUE/PAGES:	1995;():pp:357-369/t.c.+t.p	pp:357-369/t.c. +t.p
DATE:	1995	
AUTHOR OF ARTICLE:	not given	
TITLE OF ARTICLE:	NOT GIVEN	
ISBN:	9788471009388	
OTHER NUMBERS/LETTERS:	Unique ID.: 9605381 KYB-27868035	
SOURCE:	LocatorPlus	
MAX COST:	\$14.00	
COPYRIGHT COMP.:	Guidelines	
CALL NUMBER:	1996 C-973	
NOTES:	(mz) 1-39192251	
REQUESTER INFO:	tn:179621 / c. ojeda gr/psy	
DELIVERY:	Ariel: 152.20.225.234	
REPLY:	Mail:	

NOTE:-THIS MATERIAL MAY BE PROTECTED BY COPYRIGHT LAW (TITLE 17, U.S. CODE)

NLM Collection Access Section, Bethesda, MD



REG-14791450

KEEP THIS RECEIPT TO RECONCILE WITH BILLING STATEMENT

For problems or questions, contact NLM at [http://wwwcf.nlm.nih.gov/ill/ill\\_web\\_form.cfm](http://wwwcf.nlm.nih.gov/ill/ill_web_form.cfm) or phone 301-496-5511.

Include LIBID and request number.

NOTE:-THIS MATERIAL MAY BE PROTECTED BY COPYRIGHT LAW (TITLE 17, U.S. CODE)

NLM Collection Access Section, Bethesda, MD

## Valoración de la eficacia discriminativa de una versión española de la batería Luria-Nebraska

Dres.: J. GARCÍA\*, J. F. GODOY\*  
y A. E. PUENTE\*\*

### INTRODUCCIÓN

La batería Luria-Nebraska (BNLN) surgió como un intento de GOLDEN, HAMMEKE y PURISCH (1978) de proporcionar una técnica de evaluación neuropsicológica que permitiera compatibilizar los enfoques cuantitativos y cualitativos de la evaluación neuropsicológica. Hoy día es considerada una de las mejores baterías existentes y con grandes ventajas que la diferencian de las demás.

Aunque se ha informado ampliamente de la eficacia de la batería Luria-Nebraska en poblaciones anglosajonas, no se ha validado en España. Para conseguir tal validación estamos trabajando dos grupos: un grupo con sede en Madrid y cuya dirección está a cargo del doctor J. J. MIGUEL TOBAL y un segundo grupo, en Granada, cuya dirección está a cargo del doctor J. F. GODOY. Ambos grupos estamos asesorados por el doctor A. PUENTE (ex presidente de la AAN y neuropsicólogo clínico de amplia experiencia en Estados Unidos).

---

\* Universidad de Granada.

\*\* Universidad de Carolina del Norte. Wilmington. Departamento de Psicología.

## OBJETIVOS

El objeto de esta investigación fue evaluar la eficacia de la versión española de la batería Luria-Nebraska entre dos grupos, con daño cerebral y sin daño cerebral, en las distintas escalas.

## METODOLOGÍA

La muestra estuvo constituida por 32 sujetos divididos en dos grupos: un grupo con daño cerebral (grupo clínico) y otro sin daño (grupo de control).

El grupo clínico estuvo formado por un total de 16 sujetos (8 mujeres y 8 hombres), los cuales padecían traumatismo craneoencefálico, accidentes cerebrovasculares, tumores y demencias. Las edades oscilaban entre 16 y 70 años, el nivel educacional entre 3 y 15 años, y el grado de cronicidad (es decir, días transcurridos desde el inicio del trastorno neurológico y la puesta en práctica de la batería) oscilaban entre 2 y 1.460 días. Todos estos sujetos fueron seleccionados (en función de su historia clínica y su nivel de deterioro) desde las unidades de consulta externa o de ingreso en las secciones de neurología, neurocirugía y rehabilitación del hospital de especialidades Virgen de las Nieves, área norte, de Granada.

El grupo de control estuvo formado por 16 sujetos (8 mujeres y 8 hombres) sin daño neurológico conocido o sin déficit en agudeza visual y/o auditiva. Fueron equiparados en edad y características socioculturales a los sujetos del grupo clínico.

## PROCEDIMIENTO

La batería Luria-Nebraska fue administrada personalmente por la firmante de este estudio tras un exhaustivo entrenamiento, tanto con sujetos normales como con daño cerebral, asesorada por el doctor D. Antonio E. PUENTE.

Al grupo clínico se le informó de que estábamos haciendo una investigación y de que habían sido elegidos para pasarles una prueba que nos iba a dar información de si sus enfermedades neurológicas presentes habían afectado, y en qué medida, a sus capacidades o funciones

superiores. Al grupo de control se le informó de que se iba a determinar el estado de sus funciones cognitivas por tener la misma edad y sin daño cerebral.

## RESULTADOS

Se realizaron dos análisis de varianza factorial entre grupos con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre el grupo clínico y el de control en cada una de las escalas. Los análisis no revelaron diferencias significativas entre los dos grupos, siendo coherente por tanto con los sujetos a los grupos.

Se realizaron 104 análisis de varianza factorial entre grupos con el fin de determinar si existían diferencias significativas entre ellos en las diferentes medidas diferenciales<sup>1</sup> obtenidas por cada una de las escalas que mide la batería Luria-Nebraska.

Brevemente, los análisis demostraron de que existían diferencias significativas en las escalas clínicas (la mayoría de ellas), en las escalas sumarias, todas las diferenciales de localización, también todas las diferenciales de localización y en cuanto a las escalas de significativas (al 0,001, 0,01 y 0,05) (Tablas 1-4).

En cuanto a las puntuaciones diferenciales para todas las escalas clínicas, existieron diferencias de significación del 0,001, excepto en las escalas de localización. En las escalas sumarias hay diferencias de significación a un 0,001. En todas las escalas de localización existieron diferencias en un nivel de significación de 0,01 y 0,05 (factor existen diferencias significativas) (Tablas V-VIII).

<sup>1</sup> La puntuación diferencial es la diferencia entre su nivel crítico.

superiores. Al grupo de control se le informó de la realización de nuestra investigación y de que se efectuaría una prueba que nos iba a informar del estado de sus funciones superiores y de que habían sido elegidos por tener la misma edad y nivel educacional que un paciente con daño cerebral.

## RESULTADOS

Se realizaron dos análisis de varianza (ANOVA) para un diseño unifactorial entre grupos con el fin de conocer diferencias entre el grupo clínico y el de control en cuanto a la edad y nivel educacional. Estos análisis no revelaron diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos, siendo coherente por el sistema utilizado de adscripción de los sujetos a los grupos.

Se realizaron 104 análisis de varianza para un diseño unifactorial entre grupos con el fin de conocer posibles diferencias significativas entre ellos en las diferentes medidas (puntuaciones T y puntuaciones diferenciales<sup>1</sup> obtenidas por cada grupo en cada una de las escalas que mide la batería Luria-Nebraska).

Brevemente, los análisis estadísticos sobre las puntuaciones T informaron de que existían diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas clínicas (la mayoría, a un  $p < 0,001$ ). En las escalas sumarias, todas las diferencias son significativas al 0,001. En las escalas de localización, también todas las diferencias son significativas al 0,001 y en cuanto a las escalas de factor, se encontraron 24 diferencias significativas (al 0,001, 0,01 y 0,05) de las 28 escalas (Tablas I-IV y Figuras 1-4).

En cuanto a las puntuaciones diferenciales, podemos observar que para todas las escalas clínicas hay diferencias significativas en un nivel de significación del 0,001, excepto en la escala de lectura ( $p < 0,01$ ). En las escalas sumarias hay diferencias significativas en todas las escalas a un 0,001. En todas las escalas de localización también hay diferencias en un nivel de significación de 0,001. En cuanto a las escalas de factor existen diferencias significativas en 25 de las 28 (a un 0,001, 0,01 y 0,05) (Tablas V-VIII y Figuras 5-8).

<sup>1</sup> La puntuación diferencial es la puntuación resultante de restar la puntuación T y su nivel crítico.

**TABLA I**  
**Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones T correspondientes a las escalas clínicas en los grupos clínico y de control**

Escalas clínicas	Grupo clínico		Grupo de control		F	P
	X	DT	X	DT		
Motora .....	89,62	22,41	44,31	10,97	52,74*	0,0000
Rítmica .....	85,81	23,30	55,06	13,68	20,71	0,0001
Táctil .....	80,50	17,75	52,62	8,31	32,35*	0,0000
Visual .....	73,31	14,79	56,18	12,79	12,27*	0,0015
Receptiva del habla .	69,50	23,01	45,75	10,04	14,31*	0,0011
Expresiva del habla .	76,06	22,95	49,93	14,67	14,71*	0,0007
Escritura .....	76,62	18,62	57,06	13,61	11,50	0,0020
Lectura .....	71,56	17,97	57,50	12,12	6,73	0,0145
Aritmética .....	90,18	23,52	61,62	19,08	14,23	0,0007
Memoria .....	76,75	10,60	53,12	12,32	33,77*	0,0000
Procesos intelectuales	82,37	15,05	60,75	14,75	16,83	0,0003

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.

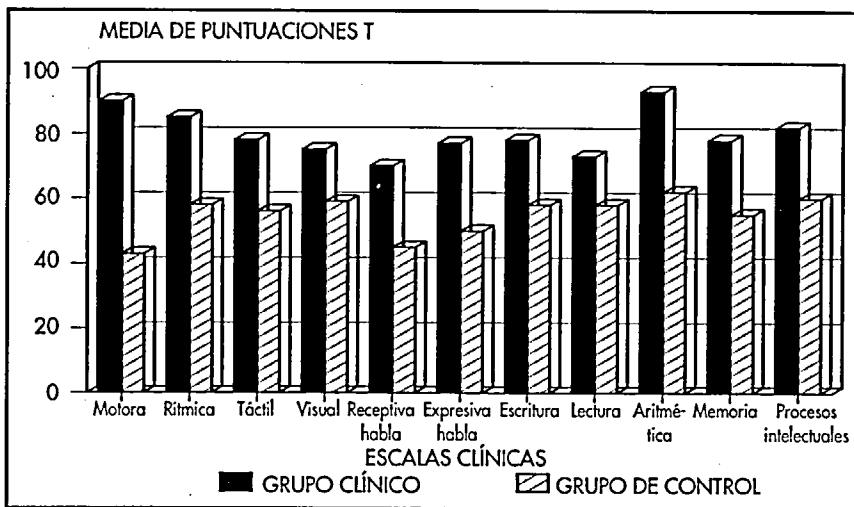


Figura 1.—Media de las puntuaciones T en los grupos clínico y de control en las escalas clínicas.

Resultados obtenidos correspondientes a las esca

Escalas sumarias	Gr
Patognómica .....	82,
Hemisferio izquierdo	85,
Hemisferio derecho .	87,
Perfil de elevación ..	93,
Deterioro .....	83,

\* En estos casos se ha utilizado e

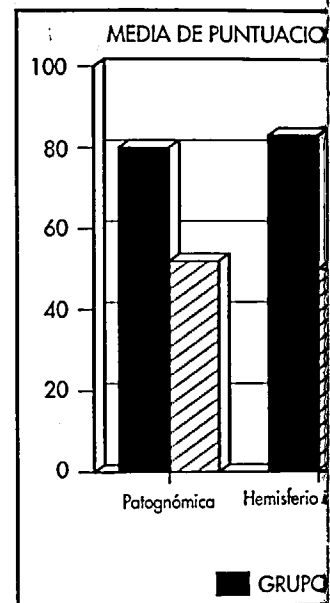
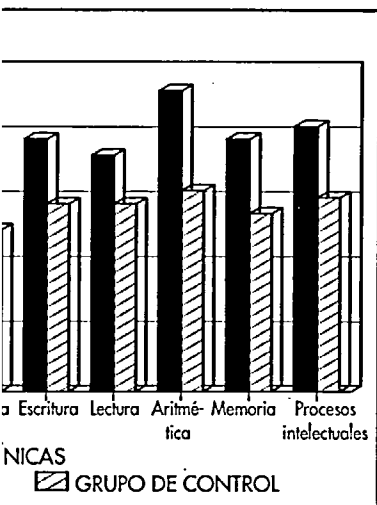


Figura 2.—Media de las puntuaciones T en las escalas sumarias.

I  
/A sobre las puntuaciones T  
en los grupos clínico y de control

Grupo de control			
X	DT	F	P
44,31	10,97	52,74*	0,0000
55,06	13,68	20,71	0,0001
52,62	8,31	32,35*	0,0000
56,18	12,79	12,27*	0,0015
45,75	10,04	14,31*	0,0011
49,93	14,67	14,71*	0,0007
57,06	13,61	11,50	0,0020
57,50	12,12	6,73	0,0145
61,62	19,08	14,23	0,0007
53,12	12,32	33,77*	0,0000
60,75	14,75	16,83	0,0003

Forsythe.



los grupos clínico y de control en las

**TABLA II**  
Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones T correspondientes a las escalas sumarias en los grupos clínico y de control

Escalas sumarias	Grupo clínico		Grupo de control			
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT	F	P
Patognómica . . . . .	82,25	19,03	53,43	13,95	23,84	0,0000
Hemisferio izquierdo	85,93	22,23	50,63	9,21	35,54*	0,0000
Hemisferio derecho .	87,31	23,46	50,87	11,35	31,25*	0,0000
Perfil de elevación ..	93,00	20,09	62,31	22,00	16,97	0,0003
Deterioro . . . . .	83,87	13,03	62,68	14,97	18,23	0,0002

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.

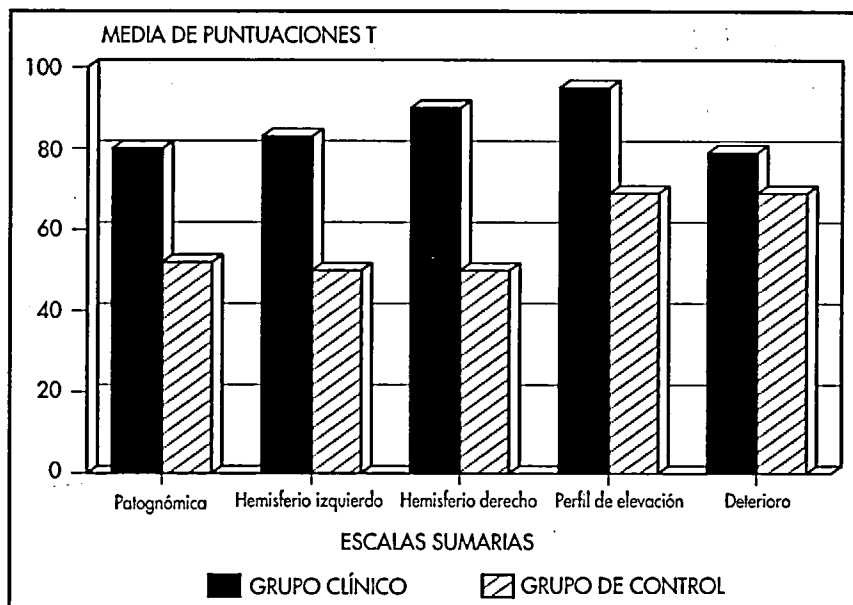


Figura 2.—Media de las puntuaciones T en los grupos clínico y de control en las escalas sumarias.

**TABLA III**

**Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones T correspondientes a las escalas de localización en los grupos clínico y de control**

Escalas de localización	Grupo clínico		Grupo de control		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
Frontal izquierdo ...	78,93	17,54	54,00	13,81	19,96	0,0001
Sensoriomotor izquierdo	78,12	15,63	53,18	9,45	29,80	0,0000
Parietooccipital izquierdo	78,81	19,78	55,25	15,12	14,32	0,0007
Temporal izquierdo .	65,68	16,82	48,62	9,01	12,78*	0,0016
Frontal derecho ....	78,37	16,01	49,56	13,19	30,85	0,0000
Sensoriomotor derecho	77,56	16,60	54,68	17,06	14,77	0,0006
Parietooccipital derecho	90,00	20,95	57,31	12,58	28,62	0,0000
Temporal derecho ..	77,06	12,99	58,56	15,20	13,69	0,0009

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.

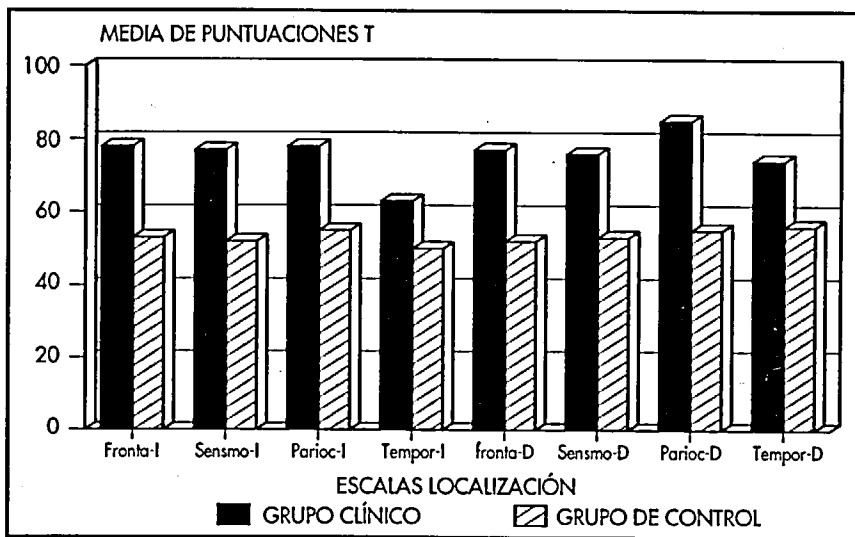


Figura 3.—Media de las puntuaciones T en los grupos clínico y de control en las escalas de localización.

Resultados obtenidos correspondientes a las es

Escalas de factor	
M1	7
M2	6
M3	6
M4	8
M5	6
RH1	7
T1	8
T2	6
V1	7
V2	6
R1	7
R2	6
R3	6
R4	6
E1	6
E2	6
E3	6
RE1	6
RE2	6
W1	6
W2	6
A1	6
A2	6
ME1	6
ME2	6
I1	6
I2	6
I3	6

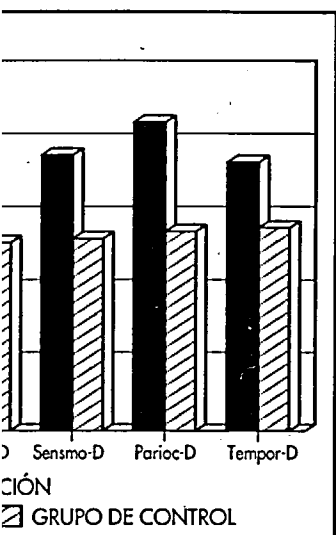
\* En estos casos se ha utiliz



sobre las puntuaciones T  
de localización  
de control

Grupo de control	DT	F	P
0	13,81	19,96	0,0001
8	9,45	29,80	0,0000
5	15,12	14,32	0,0007
2	9,01	12,78*	0,0016
6	13,19	30,85	0,0000
8	17,06	14,77	0,0006
1	12,58	28,62	0,0000
6	15,20	13,69	0,0009

the.



grupos clínico y de control en las

**TABLA IV**  
Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones T correspondientes a las escalas de factor en los grupos clínico y de control

Escalas de factor	Grupo clínico		Grupo de control		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
M1	79,50	28,23	49,18	9,95	16,40*	0,0007
M2	62,56	12,92	44,18	3,86	29,68*	0,0000
M3	64,25	11,67	42,31	6,29	43,81*	0,0000
M4	84,50	20,48	54,50	12,91	24,57	0,0000
M5	67,68	23,66	47,18	0,40	12,00*	0,0035
RH1	78,75	16,54	58,43	10,34	17,33	0,0002
T1	86,62	23,05	60,87	15,68	13,64	0,0009
T2	69,87	12,73	50,56	7,89	26,58*	0,0000
V1	74,62	11,92	62,68	12,60	7,57	0,0100
V2	67,37	11,97	49,56	9,15	22,35	0,0001
R1	50,87	9,17	42,93	3,89	10,14*	0,0047
R2	80,81	19,35	63,50	18,10	6,83	0,0139
R3	65,68	25,18	47,43	4,92	8,09*	0,0117
R4	64,62	30,14	47,93	0,25	4,90*	0,0427
E1	76,43	28,44	47,37	6,49	15,87*	0,0010
E2	60,68	14,97	47,43	8,18	9,64	0,0041
E3	56,81	14,05	52,75	12,08	0,77	0,3876
RE1	63,75	15,15	58,87	10,72	1,10	0,3021
RE2	80,56	31,21	61,50	21,83	4,01	0,0554
W1	69,31	13,53	54,62	14,89	8,52	0,0066
W2	87,18	33,72	54,75	16,27	12,00*	0,0022
A1	81,93	16,42	59,56	15,70	15,51	0,0005
A2	75,31	31,82	52,37	21,17	5,76*	0,0238
ME1	73,93	10,74	52,37	13,85	24,21	0,0000
ME2	67,56	8,35	55,37	10,84	12,69	0,0013
I1	68,00	12,73	52,56	11,43	13,01	0,0011
I2	68,56	7,42	63,68	10,60	2,27	0,1424
I3	79,50	20,38	52,81	9,99	22,11*	0,0001

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.

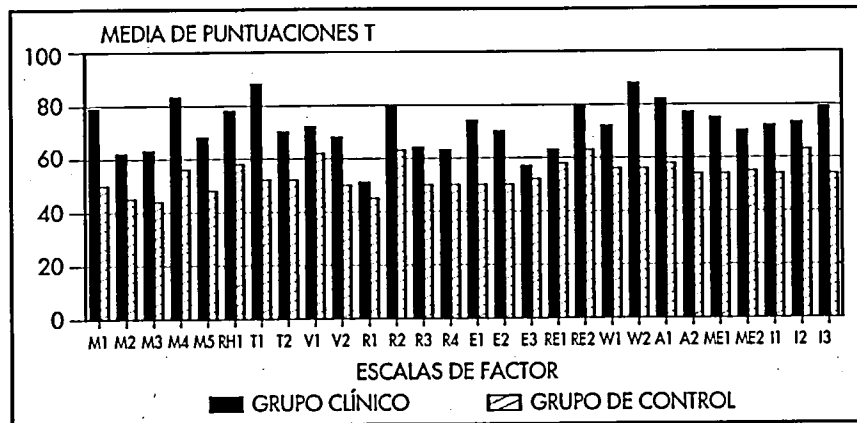


Figura 4.—Media de las puntuaciones T en los grupos clínico y de control en las escalas de factor.

**TABLA V**  
Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones diferenciales correspondientes a las escalas clínicas en los grupos clínico y de control

Escalas clínicas	Grupo clínico		Grupo de control		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
Motora	+ 19,92	20,89	- 25,00	7,66	65,22*	0,0000
Rítmica	+ 16,10	18,80	- 14,69	9,87	33,65*	0,0000
Táctil	+ 10,79	17,69	- 17,13	6,43	35,21*	0,0000
Visual	+ 3,60	11,17	- 13,57	7,60	25,85	0,0000
Receptiva del habla	- 0,20	19,73	- 24,00	6,34	21,11*	0,0002
Expresiva del habla	+ 6,35	17,63	- 19,88	9,97	26,84	0,0000
Escritura	+ 6,92	13,49	- 12,69	8,01	24,99*	0,0000
Lectura	+ 1,92	13,78	- 12,25	8,57	12,21	0,0015
Aritmética	+ 20,48	19,58	- 8,13	14,40	22,17	0,0001
Memoria	+ 7,04	8,04	- 16,63	8,08	68,97	0,0000
Procesos intelectuales	+ 12,67	11,29	- 9,00	9,63	34,11	0,0000

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.

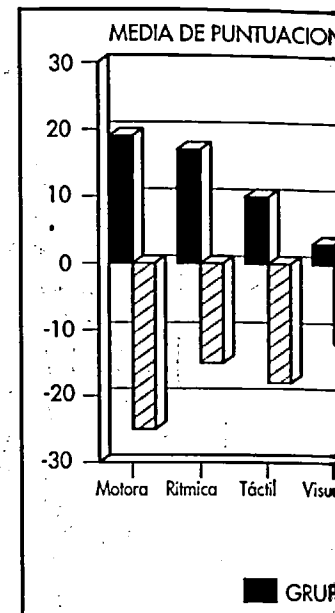
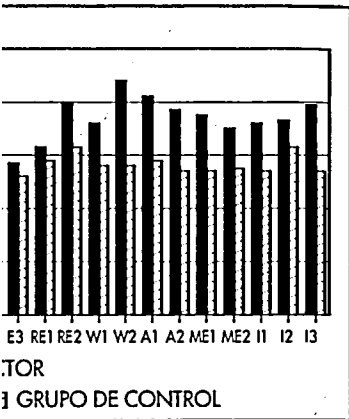


Figura 5.—Media de las puntuaciones en las escalas clínicas.

Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones diferenciales correspondientes a las escalas clínicas en los grupos clínico y de control

Escalas sumarias	Grupo	$\bar{X}$
Patognómica		+ 13,17
Hemisferio izquierdo		+ 16,23
Hemisferio derecho		- 17,60
Perfil de evaluación		+ 23,29
Deterioro		+ 12,92

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.



grupos clínico y de control en las

sobre las puntuaciones  
de las escalas clínicas  
de control

	DT	F	P
00	7,66	65,22*	0,0000
59	9,87	33,65*	0,0000
13	6,43	35,21*	0,0000
57	7,60	25,85	0,0000
00	6,34	21,11*	0,0002
88	9,97	26,84	0,0000
59	8,01	24,99*	0,0000
25	8,57	12,21	0,0015
13	14,40	22,17	0,0001
53	8,08	68,97	0,0000
00	9,63	34,11	0,0000

ythe.

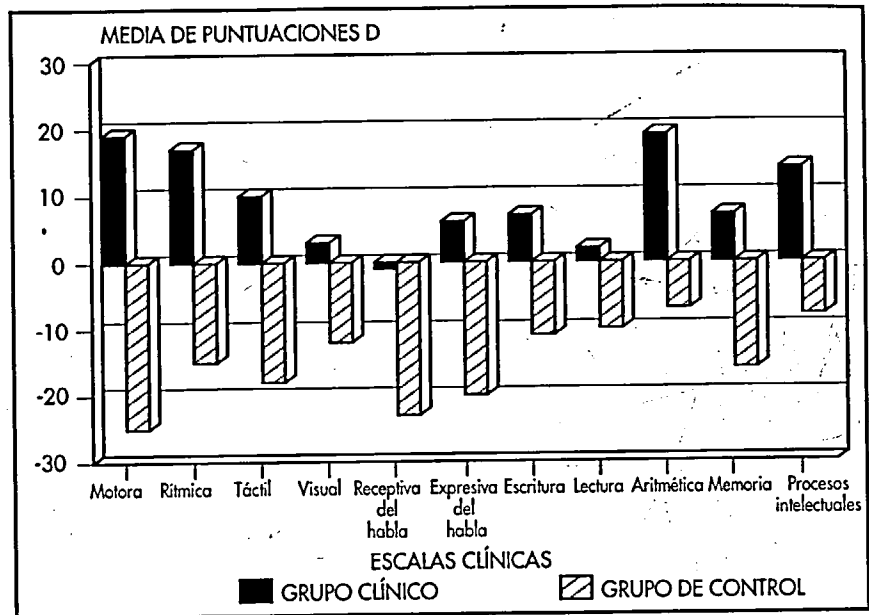


Figura 5.—Media de las puntuaciones D en los grupos clínico y de control en las escalas clínicas.

TABLA VI

Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones diferenciales correspondientes a las escalas sumarias en los grupos clínico y de control

Escalas sumarias	Grupo clínico		Grupo de control		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
Patognómica .	+ 13,17	16,61	- 16,32	8,22	40,51*	0,0000
Hemisferio izquierdo ...	+ 16,23	22,26	- 19,69	7,17	37,76*	0,0000
Hemisferio derecho ...	- 17,60	21,98	- 19,13	6,97	40,60*	0,0000
Perfil de evaluación .	+ 23,29	16,21	- 7,44	16,80	27,73	0,0000
Deterioro ....	+ 12,92	11,40	- 7,07	9,65	28,65*	0,0002

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.

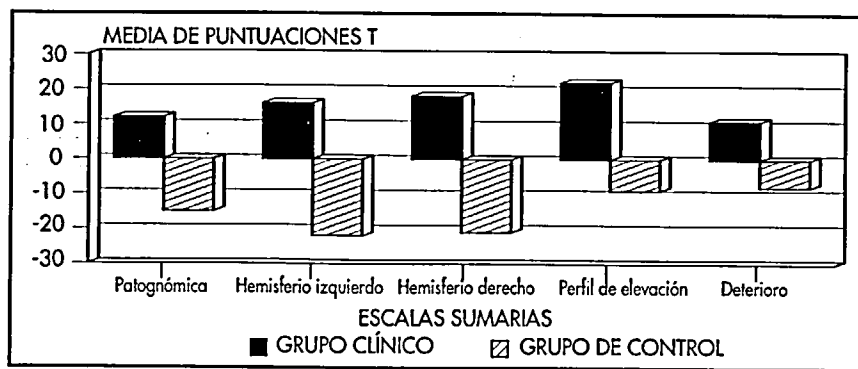


Figura 6.—Media de las puntuaciones D en los grupos clínico y de control en las escalas sumarias.

TABLA VII

Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones diferenciales correspondientes a las escalas de localización en los grupos clínico y de control

Escalas de localización	Grupo clínico		Grupo de control		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
Frontal izquierdo	+ 9,23	13,69	- 15,75	9,68	35,54	0,0000
Sensoriomotor izquierdo ...	+ 8,42	12,26	- 16,57	6,95	50,32*	0,0000
Parietooccipital izquierdo ...	+ 9,10	15,38	- 14,50	9,45	27,38	0,0000
Temporal izquierdo ...	- 4,01	13,82	- 21,13	5,47	21,21*	0,0002
Frontal derecho	+ 8,67	14,48	- 20,26	7,41	50,59*	0,0000
Sensoriomotor derecho ...	+ 7,85	12,97	- 15,13	10,64	30,03	0,0000
Parietooccipital derecho ...	+ 20,29	17,91	- 13,07	8,46	45,35*	0,0000
Temporal derecho ...	+ 8,48	10,37	- 11,19	9,85	30,27	0,0000

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.

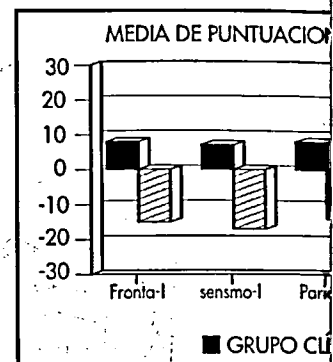
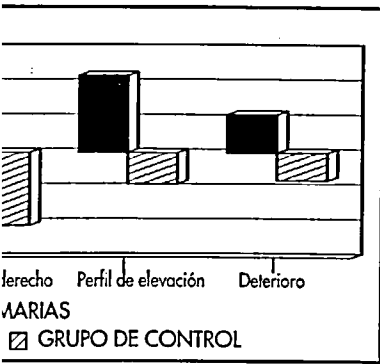


Figura 7.—Media de las puntuaciones en las escalas de localización.

Resultados obtenidos diferenciales correspondientes en los grupos

Escalas de factor	Grupo	$\bar{X}$
M1	+	+ 9,79
M2	-	- 4,40
M3	-	- 5,40
M4	+	+ 14,70
M5	-	- 2,00
RH1	+	+ 9,00
T1	+	+ 16,90
T2	+	+ 0,20
V1	+	+ 4,90
V2	-	- 2,20
R1	-	- 18,80
R2	+	+ 11,10
R3	-	- 4,00
R4	-	- 4,40
E1	+	+ 7,10



os grupos clínico y de control en las

II  
 VA sobre las puntuaciones  
 as escalas de localización  
 y de control

Grupo de control			
$\bar{X}$	DT	F	P
5,75	9,68	35,54	0,0000
6,57	6,95	50,32*	0,0000
4,50	9,45	27,38	0,0000
11,13	5,47	21,21*	0,0002
10,26	7,41	50,59*	0,0000
5,13	10,64	30,03	0,0000
13,07	8,46	45,35*	0,0000
11,19	9,85	30,27	0,0000

orsythe.

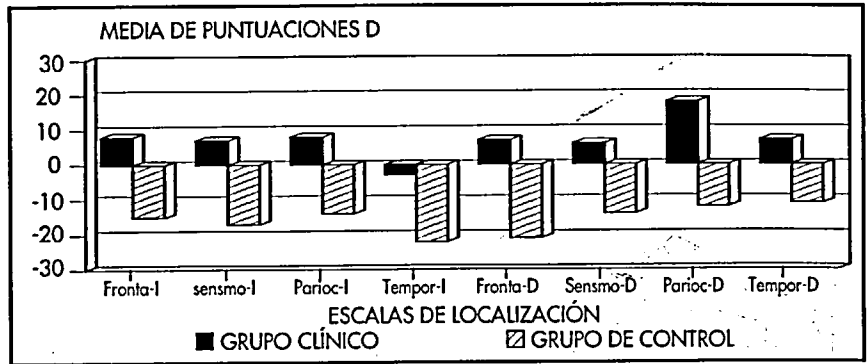


Figura 7.—Media de las puntuaciones D en los grupos clínico y de control en las escalas de localización.

TABLA VIII

Resultados obtenidos en los ANOVA sobre las puntuaciones  
 diferenciales correspondientes a las escalas de factor  
 en los grupos clínico y de control

Escala de factor	Grupo clínico		Grupo de control		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
M1	+ 9,79	28,95	- 20,57	10,92	15,40*	0,0009
M2	- 4,46	13,21	- 25,57	7,58	30,69	0,0000
M3	- 5,45	11,86	- 27,44	6,61	41,93*	0,0000
M4	+ 14,79	18,38	- 15,25	11,07	31,38	0,0000
M5	- 2,01	25,12	- 22,57	8,83	9,54*	0,0061
RH1	+ 9,04	12,49	- 11,32	8,30	29,48	0,0000
T1	+ 16,92	22,40	- 8,75	12,43	16,07*	0,0006
T2	+ 0,23	12,43	- 19,19	9,17	25,31	0,0000
V1	+ 4,92	8,26	- 7,07	8,37	16,64	0,0003
V2	- 2,26	11,41	- 20,19	8,94	24,47	0,0000
R1	- 18,82	6,58	- 26,82	7,57	10,14	0,0034
R2	+ 11,17	18,83	- 6,25	14,06	8,80	0,0059
R3	- 4,01	24,49	- 22,32	7,81	8,11*	0,0107
R4	- 4,45	26,05	- 21,88	8,52	6,47*	0,0204
E1	+ 7,17	23,76	- 22,38	9,70	21,21*	0,0002

TABLA VIII (continuación)

Escala de factor	Grupo clínico		Grupo de control		F	P
	$\bar{X}$	DT	$\bar{X}$	DT		
E2	-9,01	11,78	-22,32	8,58	13,33	0,0010
E3	-12,89	11,19	-17,00	9,07	1,31	0,2621
RE1	-5,95	15,20	-10,88	6,50	1,42	0,2471
RE2	+10,23	26,92	-8,25	19,78	4,90	0,0346
W1	-0,39	9,34	-15,13	9,17	20,29	0,0001
W2	+17,48	28,04	-11,85	16,80	12,89*	0,0014
A1	+12,54	12,18	-10,19	11,18	30,26	0,0000
A2	+5,54	29,24	-17,32	19,70	6,73*	0,0154
ME1	+3,85	9,36	-17,38	11,34	33,35	0,0000
ME2	-2,07	5,41	-14,38	6,38	34,59	0,0000
I1	-1,70	10,01	-17,19	8,53	22,18	0,0001
I2	-1,14	9,69	-5,93	6,51	2,70	0,1110
I3	+9,79	18,32	-16,94	8,03	28,57*	0,0000

\* En estos casos se ha utilizado el test de Brown-Forsythe.

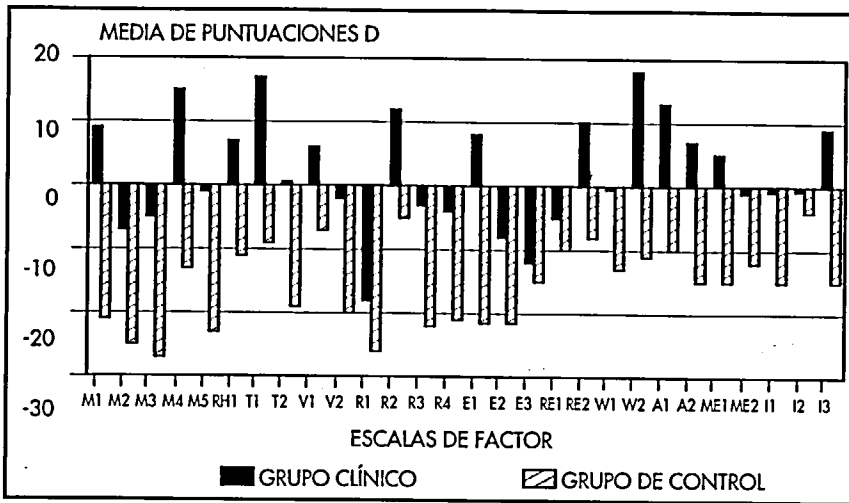


Figura 8.—Media de las puntuaciones D en los grupos clínico y de control en las escalas de factor.

DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos, por el test de Luria-Nebraska es muy eficaz para determinar un nivel de significación muy bajo y sin daño, tanto para las escalas clínicas, como para las escalas de control, sin embargo, que la eficacia se reduce al utilizar las puntuaciones D.

Con las puntuaciones T, los datos clínicos era significativamente diferentes y, efectivamente, nuestros datos en cuanto a las puntuaciones T, fueron significativamente diferentes de los del grupo de control. En cuanto a las puntuaciones D, la diferencia en el grupo clínico con respecto al grupo de control fue significativamente diferente de las de los datos informaron de que existía una diferencia y como hemos visto en las gráficas el grupo clínico en la mayoría de los casos a nivel crítico mientras que las puntuaciones T, están por debajo.

Coincidiendo con la literatura, la puntuación T sería más alta para las escalas de factor y menor para las escalas de control.

Nuestros resultados coinciden con los de un grupo de Madrid (MIGUEL TORRES, J. M.; IRUARRIZAGA, I., etc.), que demostró una alta eficacia entre grupo de control y demencias tipo alcoholismo.

De nuestro estudio resultó que la edad y nivel educacional el grupo de control de utilizar las puntuaciones D, a la hora de hacer nuestros

DISCUSIÓN

Según los datos obtenidos, podemos concluir o afirmar que la batería Luria-Nebraska es muy eficaz a la hora de discriminar (en general en un nivel de significación muy alta, 0,001) entre sujetos con daño cerebral y sin daño, tanto para las puntuaciones T como diferenciales (sobre todo para las escalas clínicas, sumarias y de localización). Observamos, sin embargo, que la eficacia se ve mejorada, aunque muy levemente, utilizando las puntuaciones D.

Con las puntuaciones T, queríamos ver si la ejecución de los sujetos clínicos era significativamente peor que la de los sujetos normales y, efectivamente, nuestros datos y los de la literatura así lo corroboran. En cuanto a las puntuaciones diferenciales, queríamos conocer si la ejecución en el grupo clínico con respecto a su nivel crítico era significativamente diferente de las del grupo de control. De nuevo, nuestros datos informaron de que existen diferencias estadísticas entre ellos. Tal y como hemos visto en las gráficas, las puntuaciones diferenciales en el grupo clínico en la mayoría de las escalas aparecen por encima del nivel crítico mientras que las puntuaciones del grupo de control aparecen por debajo.

Coincidiendo con la literatura, observamos que la eficacia de la batería es más alta para las escalas clínicas, sumarias y de localización y menor para las escalas de factor.

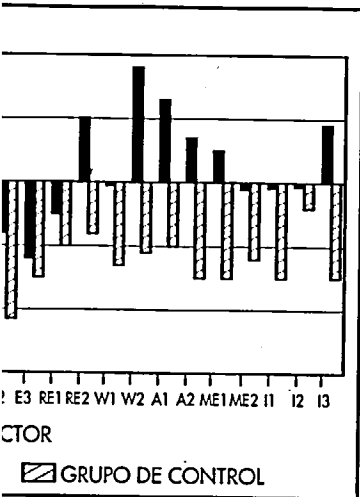
Nuestros resultados coinciden, también, con los obtenidos por el grupo de Madrid (MIGUEL TOBAL, J. J.; CANO, A.; MUÑOZ CÉSPEDES, J. M.; IRUARRIZAGA, I., etc.), quienes encontraron que la batería discrimina eficazmente entre grupos clínicos (centradas en toxicomanías, alcoholismo y demencias tipo Alzheimer) y controles.

De nuestro estudio resaltamos el hecho de haber equiparado en edad y nivel educacional el grupo de control al grupo clínico, además de utilizar las puntuaciones diferenciales, además de las puntuaciones T, a la hora de hacer nuestros análisis estadísticos.

tinuación)

Grupo de control			
$\bar{X}$	DT	F	P
12,32	8,58	13,33	0,0010
7,00	9,07	1,31	0,2621
10,88	6,50	1,42	0,2471
18,25	19,78	4,90	0,0346
15,13	9,17	20,29	0,0001
11,85	16,80	12,89*	0,0014
10,19	11,18	30,26	0,0000
17,32	19,70	6,73*	0,0154
17,38	11,34	33,35	0,0000
14,38	6,38	34,59	0,0000
17,19	8,53	22,18	0,0001
15,93	6,51	2,70	0,1110
13,94	8,03	28,57*	0,0000

orsythe.



grupos clínico y de control en las



**FUNDACION MAPFRE MEDICINA**

**Daño cerebral  
traumático,  
neuropsicología  
y calidad de vida**

---



«Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.»

© 1995, Fundación MAPFRE Medicina

Editorial MAPFRE, S.A.  
Pº Recoletos, 25  
28004 MADRID

I.S.B.N. 84-7100-938-2  
Depósito Legal M.: 36740 - 1995

NUAN, Fotocomposición  
Impreso por: Gráficas Lormo, S.A.

Impreso en España - Printed in Spain

960401

F 75430

70/pvv

Presentación .....

PONENCIAS .....

1. El papel de la psicología en la rehabilitación de personas con discapacidad. M. A. Muñoz Céspedes .....
2. Cerebro, conducta y calidad de vida .....
3. Principales tipos de daño cerebral. J. Muñoz Céspedes .....
4. Técnicas de evaluación, diagnóstico y rehabilitación en los traumatismos craneales. J. Álvarez Tejada .....
5. Origen y evolución de las lesiones traumáticas al daño cerebral .....
6. Nuevas técnicas y procedimientos en la rehabilitación cerebral. J. León-Carrón .....
7. Evaluación y rehabilitación de los traumatismos craneales. Técnicas de rehabilitación. J. Muñoz Céspedes .....

# Índice

960401

F 75430

HP/PVV

	<u>Págs.</u>
<i>Presentación</i> .....	IX
<b>PONENCIAS</b> .....	1
1. El papel de la psicología de la rehabilitación en la integración de personas con discapacidad y en el logro de la calidad de vida. M. A. Verdugo Alonso .....	3
2. Cerebro, conducta y calidad de vida. E. García García .....	23
3. Principales tipos de daño cerebral traumático. J. Vaquero Crespo .....	65
4. Técnicas de evaluación, diagnóstico neurológico y neuroimagen en los traumatismos craneoencefálicos. Avances actuales. J. Álvarez Tejerina .....	95
5. Origen y evolución de la neuropsicología y de sus aportaciones al daño cerebral traumático. M. J. Benedet .....	117
6. Nuevas técnicas y procedimientos en el estudio de la función cerebral. J. León-Carrión .....	145
7. Evaluación y rehabilitación neuropsicológica en traumatismos craneales. Técnicas actuales. Realidades. J. M. Muñoz Céspedes .....	165

te prohibidas, sin la  
los titulares del copy-  
es establecidas en las  
total o parcial de esta  
edio o procedimiento,  
grafía y el tratamiento  
bución de ejemplares  
ler o préstamo públi-

	<u>Págs.</u>
8. Evaluación y tratamiento de las alteraciones mentales y del comportamiento en los traumatismos craneales. C. Delgado Lacosta .....	187
9. Neuropsicología y problemas forenses y legales en los traumatismos craneales: usos y abusos. A. E. Puente, I. Iruarrizaga y J. M. Muñoz Céspedes .....	211
10. Programas de evaluación y rehabilitación neuropsicológica. T. Roig Rovira .....	229
11. Entrenamiento en habilidades sociales para traumatizados cerebrales: resultados del programa piloto en cinco casos. M. T. Bel, R. Cirici, J. Guarch y T. Marcos ...	249
12. Programas de rehabilitación conductual en traumatismos craneales. I. Ugarteburu .....	263
13. Programas de evaluación y rehabilitación neuropsicológica en traumatismos craneales por accidentes de trabajo y tráfico. M. Cancedo Rojí, A. Ruano Hernández y C. Cid Rojo .....	279
COMUNICACIONES .....	293
1. Negligencia espacial izquierda: evaluación y rehabilitación neuropsicológica en un caso de traumatismo craneoencefálico severo. M. Cabezas López .....	295
2. Técnicas de evaluación cognitiva y psicodiagnóstico en traumatismos craneales, trastornos vasculares y encefalopatía <i>post-partum</i> . Seis casos prácticos. A. García Alonso	311
3. Alteraciones de la memoria en traumatismos craneoencefálicos. Relación con las variables clínicas y reincorporación laboral del paciente. O. Bruna y Rabassa ....	325
4. Evaluación y rehabilitación de un caso de traumatismo craneoencefálico con <i>neglect</i> unilateral. C. Cid Rojo y D. J. M. Muñoz Céspedes .....	333
5. Evaluación neuropsicológica de pacientes con traumatismo craneal al salir de la fase aguda. M. Covas, M. J. Fernández, P. Moreno, P. Klapsing y G. Maffrand ....	347

6. Valoración de la eficacia de la batería Luria española de la batería Luria Godoy y A. E. Puente ...	...
7. Aproximación a la evaluación de un paciente con traumatismo craneoencefálico en un caso. M. González	...
8. Terapia ocupacional en rehabilitación de traumatismos craneoencefálicos	...
9. Realidad social y vida de los traumatizados craneales. Y. Martínez Arteaga	...
10. Planificación de un programa de rehabilitación neuropsicológica: estudio de una experiencia traumática. S. B. Fernández	...
11. Rehabilitación neurocognitiva de un paciente craneal sobrevenido: una experiencia. G. Pastor y R. Piñero ...	...

	<u>Págs.</u>
o de las alteraciones mentales y los traumatismos craneales. C. ....	187
temas forenses y legales en los usos y abusos. A. E. Puente, I. ...	211
oz Céspedes .....	229
n y rehabilitación neuropsicoló- .....	249
idades sociales para traumatiza- os del programa piloto en cinco .....	263
ici, J. Guarch y T. Marcos ...	279
ión conductual en traumatismos .....	293
.....	295
uerda: evaluación y rehabilita- un caso de traumatismo cra- .....	311
. Cabezas López .....	325
ognitiva y psicodiagnóstico en trastornos vasculares y encef- .....	333
casos prácticos. A. García Alonso .....	347
ria en traumatismos craneoen- s variables clínicas y reincorpo- .....	
nte. O. Bruna y Rabassa ....	
ón de un caso de traumatismo lect unilateral. C. Cid Rojo y D. .....	
.....	
ica de pacientes con traumatis- a fase aguda. M. Covas, M. J. .....	
. Klapsing y G. Maffrand ....	

	<u>Págs.</u>
6. Valoración de la eficacia discriminativa de una versión española de la batería Luria-Nebraska. J. García, J. F. Godoy y A. E. Puente .....	357
7. Aproximación a la evaluación de la conducta-actitud del paciente con traumatismo craneal y del familiar. Aplicación en un caso. M. Gonzalo Domínguez .....	371
8. Terapia ocupacional en rehabilitación funcional con traumatismos craneoencefálicos. M. Soriano Sanz .....	397
9. Realidad social y vida de los traumatizados encefalocraneales. Y. Martínez Arteaga .....	405
10. Planificación de un programa de rehabilitación neuropsicológica: estudio de una persona con lesión cerebral post-traumática. S. B. Fernández Guinea .....	411
11. Rehabilitación neurocognitiva en sujetos con daño cerebral sobrevenido: una experiencia práctica. J. Moreno, G. Pastor y R. Piñero .....	425