

1. Broca a partir de sus estudios con pacientes propone que:

a) El control del intelecto corresponde a las áreas asociativas frontales.

b) El control de los aspectos comprensivos del lenguaje corresponden al H.I.

c) La tercera circunvolución frontal izquierda controla la articulación del habla.

d) La comprensión del lenguaje es una función compleja que no tiene localización cerebral.

2. Señala cuál de estas aportaciones no sería correcto atribuirle a Wernicke:

a) La definición de la afasia de conducción como consecuencia de la lesión del FA

b) La localización del centro para las imágenes auditivas de las palabras en el giro superior del lóbulo temporal.

c) La localización de un sistema bidireccional de fibras de asociación desde el giro temporal superior al área de Broca (FA)

d) La definición de la afasia sensorial como consecuencia de la lesión del giro temporal superior.

3. Si realizamos un resumen de las aportaciones de Wernicke y Lichtheim diríamos:

a) Consideran que en la afasia de conducción no están alteradas la comprensión ni el habla.

b) Definen la afasia sensorial como consecuencia de la lesión de las áreas sensoriales primarias temporales.

c) Proponen que la lesión en los centros del lenguaje producen afasias, mientras que la lesión de las conexiones entre los centros sólo producen déficits menores.

d) Proponen un sistema de conexiones del giro temporal superior al lóbulo frontal.

4. De las siguientes afirmaciones relativas a las primeras formulaciones sobre la localización cerebral del lenguaje, señala la alternativa

CORRECTA:

a) La propuesta según el modelo de Wernicke– Lichtheim de la existencia de un centro de los conceptos con conexiones anatómicas demostradas con las áreas de Broca y de Wernicke.

b) La propuesta de Déjerine de una zona de una zona en el giro angular relacionada con el lenguaje escrito.

c) La propuesta de Déjerine de que las afasias transcorticales sólo se producirían en casos excepcionales.

d) El rechazo de Déjerine a la relevancia de las conexiones entre los centros del lenguaje.

5. Al estudiar el modelo de Geschwind podemos concluir que:

a) Retoma las ideas de los modelos holistas.

b) Propone que para la comprensión del lenguaje escrito no es necesaria la participación del área de Wernicke.

c) Considera que las lesiones que aíslan las zonas del lenguaje producen afasias transcorticales.

d) A diferencia de la propuesta de Wernicke– Lichtheim no acepta la existencia de afasias producidas por desconexión.

6. Cuando se trabaja con estimulación eléctrica cerebral, la principal

dificultad para la interpretación de los datos sobre el sustrato neural del lenguaje reside en que:

- a) Estamos activando áreas cerebrales pequeñas
- b) Existe una importante variabilidad intersujetos.
- c) Existe una importante variabilidad intrasujeto.
- d) Se trata de una técnica reciente.

7. Los datos de los estudios con estimulación eléctrica nos permiten concluir que:

- a) Existe una zona de integración semántico–gramatical en los giros perisilvianos.
- b) Los errores específicos tanto gramaticales como semánticos se producen con la estimulación de la zona anterior y posterior respectivamente.
- c) La zona que produce errores articulatorios–fonológicos es en el área perisilviana anterior.
- d) Para producir la detención del habla tenemos que estimular la zona perisilviana anterior.

8. Según el modelo neural del lenguaje propuesto por Mesulam (1990):

- a) El polo semántico–léxico se corresponde anatómicamente con el área de Wernicke definida en el modelo de Wernicke–Geschwind.
- b) En el polo semántico–léxico se produce la asociación entre las representaciones neurales de las palabras y el significado.
- c) La afasia de Wernicke es un trastorno que afecta al lenguaje oral tanto en la fase de input como de output.
- d) En la definición que propone del área de Wernicke incluye zonas del giro angular y supramarginal.

9. De los siguientes aspectos del lenguaje, señalar que estaría más claramente lateralizado al H.I.:

- a) El análisis sintáctico y fonológico complejo.
- b) El procesamiento de los componentes asociativos–prosódicos del lenguaje.
- c) El análisis léxico–semántico.
- d) El uso contextualizado del lenguaje.

10. Criterios clínicos aplicables, con el correspondiente al polo sintáctico–articulatorio, según el modelo de Mesulam, observaremos que se DIFERENCIAN en lo referente a:

- a) La inclusión de las zonas adyacentes del área 6 (córtex premotor)
- b) El papel del área 44 para la producción de la afasia de Broca
- c) La inclusión de las zonas de la ínsula y/o estructuras subcorticales
- d) El papel de las conexiones corticocorticales en la afasia de Broca

11. Un paciente presenta un habla reducida y agramática, una comprensión relativamente intacta y alteraciones en repetición. Podemos pensar que:

- a) La lesión incluye el área 44
- b) La única zona lesionada es el área 44
- c) La denominación puede estar conservada
- d) Es probable que la lesión no incluya sustancia blanca

12. Nos remiten a un paciente que presenta una afasia de conducción desde hace dos años. Podemos pensar que:

- a) No cometerá parafasias.
- b) El área de Wernicke o de Broca estarán lesionados
- c) Las vías que conectan las zonas temporales del lenguaje con las frontales están dañadas

d) La lesión responsable puede localizarse en la sustancia blanca subyacente al giro supramarginal.

13. Un perfil que incluye un habla espontánea muy reducida comprensión alterada y ecolalia es compatible con:

- a) Afasia sensorial transcortical
- b) Afasia motora transcortical
- c) Afasia de Wernicke
- d) Afasia mixta transcortical

14. Entre los diferentes síndromes afásicos, la comprensión lectora la encontraremos preservada en:

- a) Afasia global
- b) Afasia motora transcortical
- c) Afasia de Wernicke
- d) Afasia de Broca

15. Señala cual de las siguientes afirmaciones no correspondería a la descripción de un sujeto con afasia de Wernicke.

- a) La comprensión está alterada debido principalmente a un déficit en discriminación sintáctica.
- b) El habla será fluida pero con pocas palabras contenido
- c) La lesión pueda restringirse el área 22
- d) La lesión puede extenderse a la corteza parietal

16. Un paciente está diagnosticado de afasia global, en su evaluación podemos observar:

- a) Automatismos verbales conservados
- b) Escritura preservada
- c) Una repetición conservada

d) Un habla fluida

17. De los siguientes aspectos del lenguaje señalar aquel que diferencia a los pacientes con afasia de Broca de los de afasia de Wernicke:

a) La alteración en la escritura

b) La alteración en la repetición de frases

c) La respuesta a las ayudas fonémicas y/o contextuales en la alteración en la denominación

d) La relación entre el déficit en la repetición y el nivel de producción o comprensión respectivamente

18. De las afasias subcorticales podemos decir que (señalar la falsa):

a) Si es debida a lesión talámica la zona más probablemente afectada es la región anterolateral izquierda

b) Es frecuente que queden déficits residuales de denominación

c) Siempre encontraremos alteraciones en la repetición

d) El pronóstico es positivo

19. En un paciente diagnosticado de alexia posterior es probable que encontremos:

a) Dificultad para el deletreo

b) Incapacidad para la escritura espontánea

c) Alteraciones en el lenguaje oral

d) Una lesión subcortical inferior al área 39

20. si realizamos una evaluación del lenguaje a un paciente que se nos remite como un caso de alexia central es probable que encontremos:

a) Escritura al dictado conservada

b) Alteraciones en el lenguaje oral especialmente en la producción

c) Conservación del deletreo

d) Escritura espontánea alterada

21. En la alexia esplenio-occipital:

a) Hay una desconexión corteza visual izquierda giro angular

b) Hay una desconexión entre las cortezas visuales y el giro angular

c) Implica necesariamente la lesión de la corteza calcarina izquierda

d) Nos encontramos con un caso de alexia con agrafia

22. Los datos sobre las agrafias nos indican que (señalar la falsa):

a) La agrafia visoespacial se produce tras lesiones derechas

b) La agrafia motora puede deberse a lesiones en el cerebelo

c) La agrafia pura suele ir unida a trastornos afásicos

d) La agrafia pura tiene un correlato anatomopatologico controvertido

23. Para realizar un diagnostico la agnosia visual:

a) Debemos descartar cualquier tipo de problema a nivel perceptivo

b) Debemos descartar que se trate de un problema de anomia

c) Es necesario que otras modalidades sensoriales tambien estén
afectadas

d) Es necesario que la visión en ambos campos visuales este intacta

24. En un resumen de las características de la agnosia visual diríamos
que:

a) En la agnosia asociativa el emparejamiento de objetos
morfológicamente idénticos está conservado

b) En la agnosia asociativa la descripción del uso o función del objeto
está conservado

c) En la agnosia aperceptiva en emparejamiento de objetos
morfológicamente idénticos está conservado

d) En la agnosia aperceptiva los pacientes pueden copiar en dibujo de

los objetos

25. La causa más común de la agnosia asociativa es una lesión:

a) Bilateral que desconecta el sistema visual del sistema de memoria limbica

b) Unilateral de la corteza posterior derecha

c) Bilateral de la corteza occipital y temporal posterior

d) Bilateral de las estructuras temporooccipital y temporal anterior

26. Un paciente con prosopagnosia (señalar la falsa):

a) Puede diferenciar cara masculina de femeninas

b) Debe mejorar la identificación de caras presentadas en foto

c) Puede tener intactas las áreas 18 y19, supracalcarinas y las parietales

d) Puede aparear caras no familiares

27. Si observamos los efectos de lesiones en la corteza auditiva encontraremos que:

a) La lesión unilateral de las áreas primarias produce sordera cortical

b) Un sujeto que sufrió una lesión bilateral de las áreas primarias hace varios años no podrá realizar ningún tipo de análisis auditivo

c) La lesión bilateral de las áreas primarias produce una sordera cortical transitoria

d) Dado que la representación cortical es bilateral, una lesión de cualquier área auditiva produce sordera cortical

28. La agnosia para los sonidos:

a) Es la alteración en el reconocimiento de sonidos variables

b) Se produce tras lesiones temporales bilaterales

c) Es un tipo de amusia

d) Se produce tras lesiones temporales derechas