



---

# **Universidad de Valladolid**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**GRADO EN LOGOPEDIA**

**CURSO 2020-2021**

## **Trabajo de Fin de Grado**

**EVALUACIÓN DEL LENGUAJE EN  
PERSONAS CON UN  
MENINGIOMA EN EL ALA  
ESFENOIDAL. ESTUDIO DE CASO  
DESCRIPTIVO.**

**Autora: Iratxe Hierro Santamaría.**

**Tutora: Alba Ayuso Lanchares.**

*Valladolid, mayo 2021*

## **Agradecimientos**

A Alba Ayuso Lanchares, quien me ha aconsejado y apoyado siempre que lo he necesitado. Quien ha hecho que la realización del presente documento sea más ameno y sencillo.

A Centro Synapsis, en especial a Mamen, quien me ha dado la posibilidad de hacer las prácticas en su centro, enseñándome muchas cosas de las que hoy en día conozco, haciéndome crecer tanto personal como profesionalmente, y brindándome su ayuda para la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

Al participante de la investigación y a su familia, por su paciencia y su cariño, por enseñarme que cuando hay ganas, todo es posible. Gracias, de corazón, por haber hecho esto posible.

A mi familia, pareja y amigos, por creer siempre en mí y darme fuerzas cuando, en ocasiones, me quedaban pocas.

A docentes de la Uva, quienes me han enseñado lo bonito que es ser Logopeda.

## Índice

Resumen .....	3
Abstract.....	3
Integración de competencias y contenidos trabajados en el título .....	5
Justificación del trabajo .....	5
Relación con las competencias del grado.....	5
Competencias específicas.....	7
Competencias transversales .....	8
Introducción .....	10
Marco Teórico.....	11
Meningioma.....	11
Clasificación de Meningioma.....	11
Definición, Partes y Localización del Hueso Esfenoidal .....	12
Afasia .....	15
Tipos de Afasia .....	16
Evaluación de Afasias.....	19
Metodología .....	22
Resultados.....	24
Discusión .....	30
Conclusiones. ....	33
Limitaciones del estudio .....	34
Líneas futuras de trabajo.....	34
Referencias Bibliográficas. ....	35
Anexos.....	38
Anexo 1: Cuestionarios tipo Likert.....	38

Anexo 2: Cuestionarios tipo Likert.....	39
Anexo 3: Cuestionarios tipo Likert.....	40

## **Resumen**

Un Meningioma es un tumor benigno de las meninges del cerebro que puede generar distintas secuelas que afecten al habla y al lenguaje de la persona que lo padece, limitando su comunicación en la sociedad. El objetivo de este trabajo es demostrar el lenguaje comprensivo y expresivo, tanto oral como escrito, de un sujeto con Afasia desencadenada por un Meningioma en el Ala esfenoidal izquierdo. Para ello, se ha llevado a cabo un Estudio de Caso seleccionando a un paciente con este tipo de trastorno, al que se le ha hecho una evaluación exhaustiva basada en 3 cuestionarios tipo Likert y 4 pruebas estandarizadas del lenguaje (Test de Boston para el diagnóstico de las afasias, Test de SCIP-S, Test de percepción diferencias o test de caras, y BETA). En los resultados observamos que el paciente presenta anomias, alteraciones en la expresión oral, dificultades en la comprensión oral y escrita de oraciones complejas, alexia agnósica, agrafia de aspecto apráxico, alteraciones en el recitado, fluidez verbal y velocidad de procesamiento disminuidas y problemas atencionales. En la evaluación realizada en 2019 por la logopeda el paciente tenía Afasia no fluente mixta, pero en nuestras conclusiones observamos que tiene Afasia anómica residual. Este estudio tiene una serie de limitaciones como la presencia de un solo participante.

Palabras claves: Meningioma, Ala esfenoidal, Afasia, evaluación.

## **Abstract**

A Meningioma is a benign tumor of the meninges of the brain that can generate different sequelae that affect the speech and language of the person suffering from it, limiting their communication in society. The objective of this work is to demonstrate the comprehensive and expressive language, both oral and written, of a subject with Aphasia triggered by a Meningioma in the left sphenoid wing. For this, a Case Study has been carried out selecting a patient with this type of disorder, who has undergone an exhaustive evaluation based on 3 Likert-type questionnaires and 4 standardized language tests (Boston Test for the diagnosis of aphasia, SCIP-S test, Difference perception test or face test, and BETA). In the results, we observe that the patient presents anomies, alterations in oral expression, difficulties in oral and written

comprehension of complex sentences, agnosic alexia, apraxic-looking agraphia, alterations in recitation, verbal fluency and decreased processing speed, and attentional problems. In the evaluation carried out in 2019 by the speech therapist, the patient had mixed non-fluent aphasia, but in our conclusions we observed that he had residual anomic aphasia. This study has a series of limitations such as the presence of only one participant.

Key words: Meningioma, Sphenoid wing, Aphasia, evaluation.

## **Integración de competencias y contenidos trabajados en el título**

En este apartado se pretende sintetizar los motivos por los que se realiza esta investigación, los objetivos y las competencias adquiridas relacionadas con el Grado de Logopedia.

### **Justificación del trabajo**

A la hora de decantarme por el tipo de TFG que iba a llevar a cabo, influyeron mucho las prácticas externas que realicé en verano, donde me di cuenta que el ámbito de actuación que más me llamaba la atención eran las afasias. Una vez me decidí por este ámbito, empecé a explorar más a fondo los pacientes con los que había trabajado en verano y, después de indagar, opté por este sujeto, tanto por la patología como por la persona.

En cuanto a la patología, me pareció un caso muy curioso, considero que es un problema que, nosotros como logopedas, no vemos todos los días. Particularmente, es una enfermedad que desconocía y cuando se me presentó la oportunidad de investigar sobre ella, no dudé en hacerlo.

Una vez investigado un poco en lo que consistía me pareció muy curioso, como un Meningioma en el ala esfenoidal izquierdo puede presentar como secuela una afasia no fluente mixta.

En relación al individuo, una vez que conocí al sujeto me pareció una persona luchadora, con muchas ganas de recuperarse, por él y sobre todo por su mujer y su hija. Aunque tiene muchas ganas de superarse, percibí que tiene la autoestima un poco baja por lo que todavía me entraron más ganas de colaborar en su recuperación, tanto profesionalmente como personalmente.

### **Relación con las competencias del grado**

CG2. Explorar, evaluar, diagnosticar y emitir pronóstico de evolución de los trastornos de la comunicación y el lenguaje desde una perspectiva multidisciplinar.

Esta investigación tiene como objetivo evaluar y analizar los trastornos de la comunicación y el lenguaje de una persona con este tipo de Meningioma.

CG3. Usar las técnicas e instrumentos de exploración propios de la profesión y registrar, sintetizar e interpretar los datos aportados integrándolos en el conjunto de la información.

En el apartado de la metodología se puede apreciar los distintos instrumentos que se han utilizado para la realización de este Trabajo de Fin de Grado.

CG4. Dominar la terminología que permita interactuar eficazmente con otros profesionales.

Tanto a la hora de leer y manejar los distintos informes médicos que aporta el paciente, como a la hora de buscar la distinta información de los artículos que se han manejado a lo largo de todo el TFG, es necesario conocer cierto vocabulario específico de varias disciplinas.

CG9. Comprender y valorar las producciones científicas que sustentan el desarrollo profesional del logopeda.

Para redactar el marco teórico se ha tenido que comprender y valorar los artículos necesarios para la realización de este.

CG10. Conocer los límites de sus competencias y saber identificar si es necesario un tratamiento interdisciplinar.

En el momento de realizar la evaluación y conocer los límites que presenta el sujeto es imprescindible tener en cuenta a otros profesionales como el médico. Para realizar dicha evaluación hay que tener en cuenta los informes médicos que adjunta el paciente.

CG13. Conocer y ser capaz de integrar los fundamentos biológicos (anatomía y fisiología), psicológicos (procesos y desarrollo evolutivo), lingüísticos y pedagógicos de la intervención logopédica en la comunicación, el lenguaje, el habla, la audición, la voz y las funciones orales no verbales.



A lo largo de toda la investigación se ha tenido que integrar todos estos fundamentos para una mejor comprensión de este documento. Los biológicos para localizar el problema, los psicológicos para ponerse en el lugar del paciente, y los lingüísticos y pedagógicos para desarrollar de manera correcta la investigación.

CG14. Conocer los trastornos de la comunicación, el lenguaje, el habla, la audición, la voz y las funciones orales no verbales.

En este estudio de caso se analiza las consecuencias desencadenadas por una Afasia producida por un Meningioma en el ala esfenoidal izquierdo. Para ello, es totalmente necesario conocer a qué tipo de trastorno y sus secuelas nos enfrentamos, de cara a conseguir un buen diagnóstico que dirija el tratamiento rehabilitador.

CG15. Conocer y valorar de forma crítica las técnicas y los instrumentos de evaluación y diagnóstico en Logopedia, y procedimientos de la intervención logopédica.

Esta competencia se desarrolla a lo largo de toda la investigación ya que su principal objetivo es la evaluación de un sujeto con una Afasia, por lo que previamente se ha escogido aquellos instrumentos de evaluación más conveniente para el caso.

CG16. Conocer y valorar de forma crítica la terminología y la metodología propias de la investigación logopédica.

En el momento de realizar una investigación, se adquieren nuevos términos, conceptos y métodos que han de servir para una, cada vez más adecuada, ejecución de la labor profesional.

### ***Competencias específicas***

CE2.1. Conocer los fundamentos del proceso de evaluación y diagnóstico.

Para la evaluación de este caso, se precisa conocer el manual de los instrumentos de evaluación para pasarlos correctamente y no provocar ningún sesgo.

CE2.2. Conocer y aplicar los modelos, técnicas e instrumentos de evaluación.

En la siguiente investigación se explican los instrumentos de evaluación que se han utilizado.

CE2.3. Realizar la evaluación de las alteraciones del lenguaje en los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje: las afasias y los trastornos asociados.

A lo largo del siguiente trabajo se desarrolla cómo es la expresión y la comprensión, tanto oral como escrita, de una persona que presenta una Afasia consecuente de un Meningioma en el ala esfenoidal izquierdo, gracias a la evaluación que se ha llevado a cabo.

CE14.1. Conocer la clasificación, la terminología y la descripción de los trastornos de la comunicación, el lenguaje, el habla, la voz y la audición y las funciones orales no verbales.

En el marco teórico se desarrollan los diferentes tipos de Afasias para, una vez haya sido evaluado, decidir el tipo de afasia que presenta. Por esta razón hay que conocer la clasificación y la terminología de las Afasias.

CE14.2. Conocer, reconocer y discriminar entre la variedad de las afasias y los trastornos asociados.

A la hora de evaluar el tipo de Afasia del sujeto, se tiene que conocer muy bien las características que definen los distintos tipos de Afasia y los trastornos asociados, tal como aparece en el marco teórico de la investigación.

### ***Competencias transversales***

CT1. Debe ser capaz de observar y escuchar activamente.

En el momento de realizar la evaluación, la atención y la escucha activa son requisitos necesarios para conseguir información de interés que complete y redunde en una valoración certera.

CT2. Motivación por la calidad de la actuación.

Al haber estado motivados, tanto el paciente como yo, durante toda la evaluación, así como, posteriormente yo misma en la realización del trabajo, se obtendrá un mejor resultado final.

CT9. Habilidad en las relaciones interpersonales.

Al poseer dichas habilidades a la hora de pasar las pruebas al paciente, consigo una mayor motivación en este.

CT13. Razonamiento crítico.

Durante la lectura de distintos artículos se ha tenido que ser crítico para ver cuáles son los más adecuados para el desarrollo de la investigación.

CT14. Capacidad de análisis y síntesis.

Se tiene que saber sintetizar a lo largo de todo el TFG con el fin de plasmar lo más importante de la investigación.

CT22. Adecuada producción del habla, estructuración del lenguaje y calidad de la voz.

A la hora de evaluar al paciente mediante la realización de las pruebas, se ha tenido que tener en cuenta esta competencia.

## **Introducción**

El presente documento se basa en el estudio de un caso del lenguaje de una persona con Meningioma en el Ala Esfenoidal Izquierdo. Para llevarlo a cabo, se realiza una evaluación exhaustiva del habla y del lenguaje que pueden estar afectado en el participante de la investigación.

En la primera parte del documento se presenta detalladamente una fundamentación teórica sobre el Meningioma y la Afasia para una mayor comprensión de la investigación.

En la segunda parte del presente, se procede a la explicación detallada de la evaluación que se lleva a cabo con el sujeto, tanto el procedimiento como los instrumentos utilizados, haciendo hincapié en las secuelas lingüísticas del sujeto para su posterior rehabilitación logopédica.

A continuación, se anotan los resultados obtenidos en la evaluación y se hace una comparación con los datos expuestos en otras investigaciones de diferentes autores.

Finalmente, se hace una reflexión sobre los resultados obtenidos y los objetivos planteados en este Trabajo de Fin de Grado.

## Marco Teórico

Este trabajo persigue describir el lenguaje de una persona operada de un Meningioma en el ala esfenoidal izquierda que ha causado una Afasia no fluente mixta. Es por ello, por lo que en este apartado se va a realizar una fundamentación teórica sobre el Meningioma y la Afasia, para una mayor comprensión de la investigación.

### Meningioma

Encontramos diferentes definiciones del Meningioma (Martínez, 2017; Vargas, 2010):

“Tumor benigno de las meninges del cerebro”. (Martínez, 2017, p.2) o como “Neoplasia primaria del sistema nervioso central, que tienen su origen en las células meningoteliales”. (Vargas, 2010, p. 22)

Vargas (2010) explica como los Meningiomas están asociados a diferentes factores que influyen negativamente en la probabilidad de desarrollar el tumor, como, por ejemplo: (a) edad avanzada, (b) género femenino, (c) radiación ionizante, (d) hormonas endógenas y exógenas (embarazo, cáncer de mama, anticonceptivos orales, terapia de reemplazo hormonal). (e) variantes genéticas y polimorfismos y (f) otros factores que no han demostrado ser significativos son: el uso de teléfonos celulares, exposición a campos electromagnéticos, alergias y traumatismos craneales.

### Clasificación de Meningioma

Existen diferentes categorizaciones del Meningioma, atendiendo a su anatomía, según su grado y subtipo histológico y según su forma (véase Tabla 1).

TABLA 1: *Clasificación de los Meningiomas.*

ANATÓMICAMENTE	Supratentoriales (de la convexidad cerebral, de la hoz cerebral, parasagitales e intraventriculares) Infratentoriales (de la convexidad cerebelosa y del tentorio) Base del cerebro (surco olfatorio, techo orbitario, plano esfenoidal, pterion, alas del esfenoides, apófisis clinoides anterior, suelo, seno cavernoso, clinoides posterior, divus, petroclinoideos, peñasco y agujero magno)	
SEGÚN GRADO Y SUBTIPO HISTÓRICO	GRADO	SUBTIPO HISTÓRICO
	I (Clásico)	Meningotelial, Fibroblástico, Transicional, Angiomatoso, Microquistico, Secretorio, psamomatoso.
	II (Atípico)	Cordoide, de células claras.
	III (Maligno)	Papilar, rabdoide.
FORMA	En masa (son los más comunes). En placa (son planos, se desarrollan sobre superficies óseas. El más común es el meningioma del ala esfenoidal).	

Fuente: Elaboración propia basada en Martínez (2017), OMS (2007), Vargas (2010).

### Definición, Partes y Localización del Hueso Esfenoidal

El hueso esfenoides es uno de los 8 huesos que presenta el cráneo junto con el frontal, los parietales, los temporales, el occipital y el etmoides (Gutiérrez *et al.*, 2009) (Figura 1) y el esfenoides es un hueso impar, medio y simétrico (Cappucio, 2010) (Figura 2).

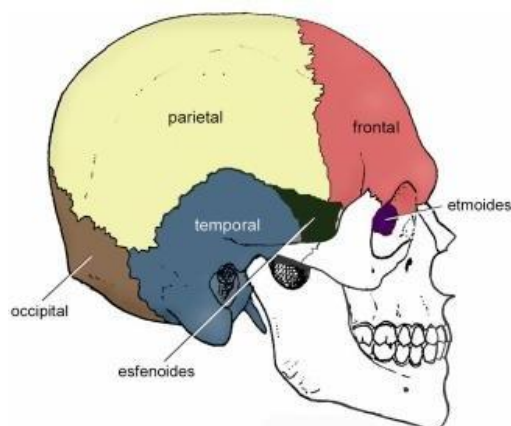


FIGURA 1. Huesos del cráneo en vista lateral.

Fuente: Anatomía craneofacial. Tercera edición. (Gutiérrez *et al.*, 2009, p. 36).

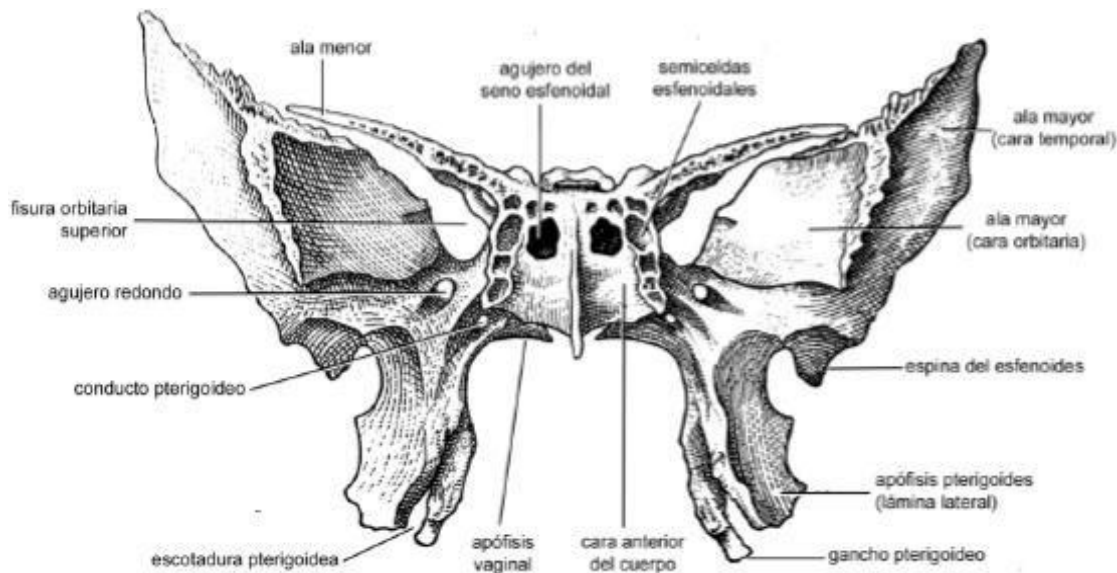


FIGURA 2. Hueso esfenoides. Vista anterior.

Fuente: Anatomía craneofacial. Tercera edición. (Gutiérrez *et al.*, 2009, p. 47).

Gutiérrez *et al.* (2019), posicionan al esfenoides hacia arriba, horizontalmente, la cara lisa de las alas menores y hacia delante su borde cortante. El esfenoides está formado por el cuerpo, el ala mayor, el ala menor y la apófisis pterigoides, hablaremos brevemente de cada uno de ellos a continuación: Afirman que el cuerpo de dicho hueso presenta seis caras (una superior, una inferior, una anterior, una posterior y dos laterales) e incluye los senos esfenoides. Las alas menores están unidas al cuerpo por dos raíces que, junto al cuerpo, circunscriben en el conducto óptico. Las alas mayores presentan el agujero redondo, oval y espinoso. Por último, la apófisis pterigoides que está formada por el conducto pterigoideo, la fosa escafoidea, el conducto pterigopalatino, las láminas medial y lateral, la fosa y el gancho pterigoideo (Gutiérrez *et al.*, 2009) (Figuras 3 y 4).

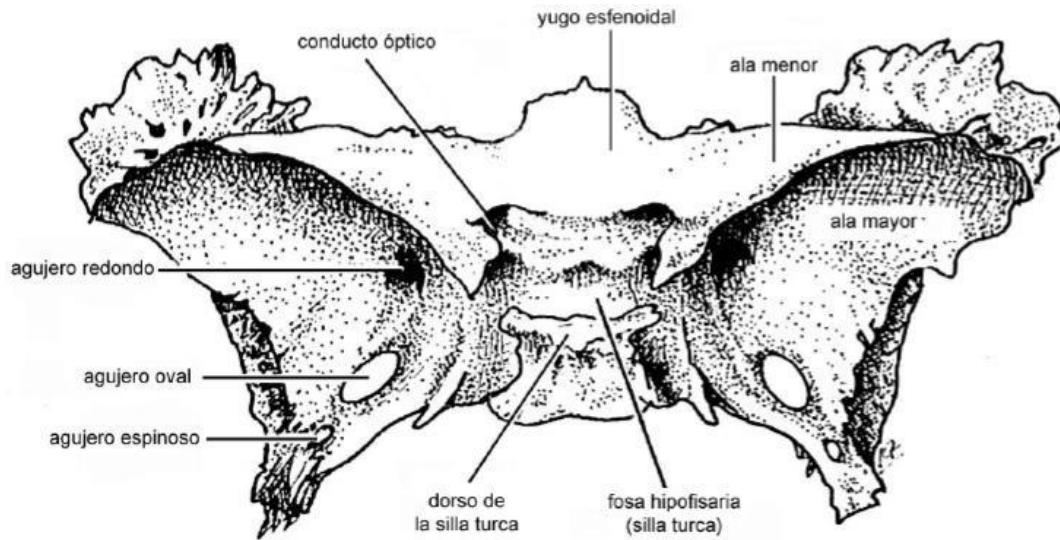


FIGURA 3. Hueso esfenoides. Vista superior.

Fuente: Anatomía craneofacial. Tercera edición. (Gutiérrez *et al.*, 2009, p. 48).

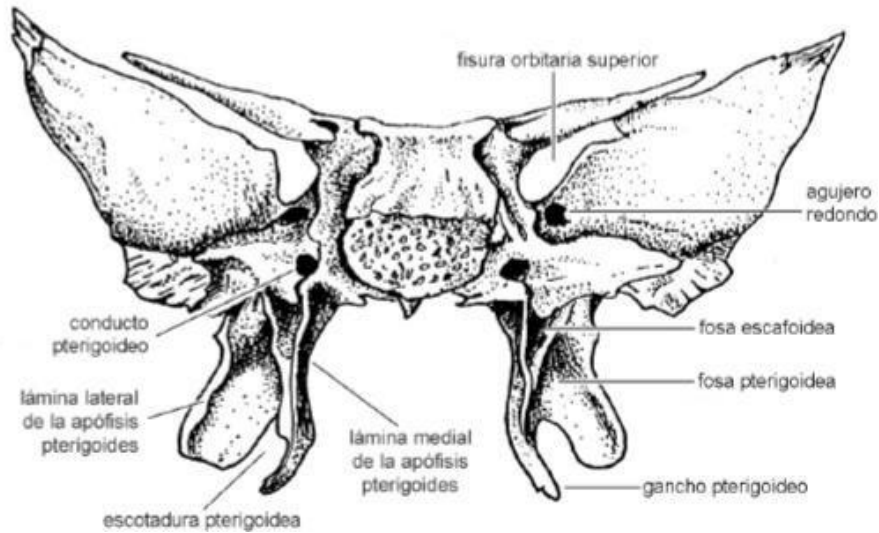


FIGURA 4. Hueso esfenoides. Vista posterior.

Fuente: Anatomía craneofacial. Tercera edición. (Gutiérrez *et al.*, 2009, p. 49).

Como se muestra en la Figura 5 el esfenoides presenta la inserción de los siguientes músculos (Cappuccio, 2010, p. 45):

- Pterigoideo lateral o externo, pterigoideo medial o interno y temporal.
- Haz superior o pterigoideo del constrictor superior de la faringe.
- Tensor del velo del paladar o peri estafilino externo o esfeno salpingoestafilino.



- Elevador del párpado superior, oblicuo mayor y rectos superior, inferior, externo e interno.
- Músculo del martillo.

Además de la inserción de los músculos anteriores, también presenta inserciones de ligamento (Cappuccio, 2010, p. 45):

- Esfeno mandibular.
- Ptérigo mandibular.
- Civinini y Hirtl.
- Capsular de la ATM.

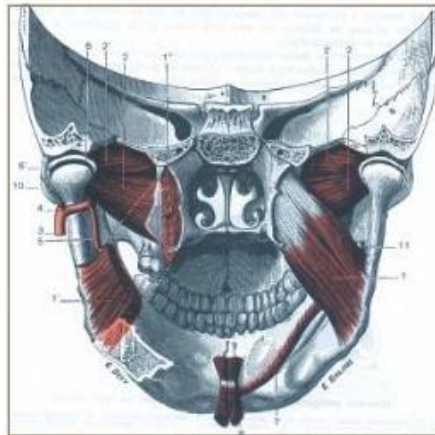


FIGURA 5. Hueso esfenoideas. Vista posterior. Músculos Pterigoideos. 1 - Pterigoideo medial, 2 - pterigoideo lateral.

Fuente: Contribución al estudio de la anatomía funcional del hueso esfenoideas. (Cappuccio, 2010, p. 46).

En resumen, el hueso esfenoideas es uno de los ocho huesos del cráneo que está formado por el cuerpo, el ala mayor, el ala menor y la apófisis pterigoideas, y presenta diferentes inserciones de músculos y ligamentos.

## Afasia

A continuación, detallamos las definiciones de la afasia de distintos autores (Martínez, 2011; Rodríguez *et al.*, 2019; Martínez, 2015; González y Hornauer- Hughes; 2014):

Pérdida, deterioro o alteración de la capacidad de uso del lenguaje, que se presenta como secuela de algún daño o lesión cerebral focal adquirida, que afecta la red de estructuras corticales y subcorticales del hemisferio dominante del lenguaje, sufrida en cualquier momento posterior a la adquisición y desarrollo de las habilidades lingüísticas básicas. (Martínez, 2011, p. 2)

“Afectación neuropsicológica que se manifiesta como secuela de un daño cerebral adquirido, y consiste en dificultades para la comunicación verbal, como consecuencia de afectaciones directas en la comprensión y/o la producción oral del lenguaje”. (Rodríguez *et al.*, 2019, p.107)

“Alteración de la capacidad del uso del lenguaje que se presenta como una secuela de un daño cerebral sufrido luego del desarrollo de las habilidades lingüísticas básicas”. (Martínez, 2015, p. 75)

“Trastorno del lenguaje adquirido a consecuencia de un daño cerebral, que por lo general compromete todas sus modalidades: expresión y comprensión del lenguaje oral, escritura y comprensión de lectura”. (González y Hornauer-Hughes, 2014, p. 291-308)

Las causas principales de las Afasias son las enfermedades cerebrovasculares (ECV), los traumatismos craneoencefálicos (TCE) y los tumores; y como causas secundarias las infecciones del sistema nervioso, las enfermedades nutricionales o metabólicas y las patologías neurodegenerativas (Martínez, 2011). Otros autores como González y Hornauer-Hughes (2014), determinan las mismas causas nombradas anteriormente, aunque, no hacen distinción entre causas principales y secundarias.

### **Tipos de Afasia**

Para definir el tipo de Afasia que se presenta, hay que tener en cuenta la zona en la que se produce la lesión cerebral y las características con las que cursa el sujeto. González y Hornauer-Hughes (2014), clasifican las Afasias en dos grandes bloques: (a) Afasias fluentes y (b) Afasias no fluentes (Tabla 2).

TABLA 2. *Características clínicas del tipo de discurso en relación a la fluidez.*

<i>Discurso de tipo fluente</i>	<i>Discurso de tipo no fluente</i>
Inicio de enunciados sin dificultad.	Inicio de enunciados con dificultad.
Gran cantidad de palabras por minutos.	Pocas palabras por minutos.
Poco informativo.	Informativo.
Más palabras funcionales que de contenido.	Más palabras de contenido que funcionales.
Articulación sin esfuerzo y adecuada.	Articulación alterada.
Longitud de enunciado conservada.	Enunciados de pocas palabras.
Línea melódica adecuada.	Línea melódica alterada.
Frecuentes parafasias.	Pocas parafasias.
Paragramatismos.	Agramatismo.
Lesión por detrás de la cisura de Rolando.	Lesión por delante de la cisura de Rolando.

Fuente: Afasia: una perspectiva clínica. (González y Hornauer-Hughes, 2014, p.293).

En el artículo de Jiménez (2011), expone los errores lingüísticos típicos en las Afasias, en la expresión oral, en la comprensión verbal y en el lenguaje escrito. En cuanto a la expresión oral, se observa que está enlentecida y fatigada, pudiendo observarse también supresiones, estereotipias, automatismos, parafasias, neologismos, jergafasias, perseveraciones, ecolalias, agramatismos, disintaxis, anomias, anartría y disprosia. En relación con la comprensión verbal, presentan fallos en el reconocimiento de estímulos auditivos, dificultades de comprensión de estructuras sintácticas y errores en asociar el significado con su significante. Por último, en el lenguaje escrito, se puede apreciar agrafias (afásicas, apráxicas y especiales) y alexias (agnósicas y afásicas). González y Hornauer-Hughes (2014) hacen una subclasificación de estos dos bloques de Afasias, que se puede encontrar en la Tabla 3:

TABLA 3: Características clínicas de las Afasias.

<i>Tipos de Afasias</i>	<i>Fluidez</i>	<i>Lenguaje automático</i>	<i>Repetición</i>	<i>Denominación</i>	<i>Comprensión oral</i>	<i>Lectura oral</i>	<i>Comprensión de lectura</i>	<i>Escritura</i>
<i>Wernicke</i>	-	+	+++	+++	+++	+++	++	+++
<i>Conducción</i>	-	-	+++	++	+	++	+	++
<i>Anómica</i>	-	-	-	++	+	-	+	+
<i>Transcortical sensorial</i>	-	+	-	+++	+++	+++	++	+++
<i>Broca</i>	+	-	++	+	+	++	+	++
<i>No fluente mixta</i>	++		+++	+++	++	+++	+++	+++
<i>Global</i>	+++		+++	+++	+++	+++	+++	+++
<i>Transcortical motora</i>	++	-	-	++	+	++	++	++
<i>Transcortical mixta</i>	+++	+	-	+++	+++	+++	+++	+++

- = sin alteración, + = alteración leve, ++ = alteración moderada, +++ = alteración severa.

Fuente: Afasia: una perspectiva clínica. (González y Hornauer-Hughes, 2014, p.301).

A continuación, se hace hincapié en la Afasia no fluente mixta, ya que es la que presentaba el sujeto que participa en la investigación cuando se le diagnosticó el día 19 de noviembre de 2019. Según González y Hornauer-Hughes (2014) en los casos de Afasia no fluente mixta, la lesión se produce en las áreas anteriores y posteriores a la cisura de Rolando, implicando la región perisilviana cortical y subcortical. Este tipo de Afasia se caracteriza por presentar un discurso oral no fluente, no informativo, con estereotipias. En relación al lenguaje automático, no lo consiguen ni con ayuda. En cuanto a la repetición de palabras y oraciones es nula. Ocurre lo mismo con la denominación de objetos y acciones, por lo que también son incapaces. La comprensión oral, lo consiguen en oraciones simples y siempre con apoyo. En cuanto a comprensión lectora, alcanzan un pareo viso-verbal si es familiar y emotivo, no siguen órdenes escritas y la comprensión de textos está altamente alterada. La mayoría de las personas no consiguen la escritura, aunque algunos logran escribir su nombre y firmar o copiar algunas palabras cortas.

Jiménez (2011) determina que en la Afasia anómica se puede apreciar la dificultad para encontrar palabras de uso común, anomias, una comprensión con dificultades en las tareas complejas de comprensión auditiva, una repetición adecuada, y un habla y escritura espontánea con ausencia de sustantivos. Berthier *et al.* (2011), también están de acuerdo en que los pacientes con este tipo de Afasia anómica presentan dificultades para encontrar palabras en el lenguaje espontáneo, denominar objetos y palabras que sean de la misma categoría semántica. El lenguaje espontáneo es fluente, bien articulado y gramaticalmente correcto. Las parafasias, en estos casos, son escasas. Presentan un empobrecimiento de nombres y sustancias haciendo que el lenguaje sea poco informativo con circunloquios. La comprensión y la repetición son normales. En cuanto a la escritura y a la lectura pueden estar bien o alteradas.

### **Evaluación de Afasias**

Existen distintas pruebas para la evaluación de las Afasias, hay pruebas estandarizadas y pruebas no estandarizadas, a continuación, se hará una explicación sobre estas desde el punto de vista de distintos autores. Teniendo en cuenta a González y Hornauer-Hughes (2014), los aspectos que se deben evaluar en estos pacientes son:

- Lenguaje expresivo:
  - o Se evalúa mediante una conversación o una descripción sobre algo.
  - o Lenguaje automático: Se le pide que cuente del 1 al 10 o que diga los días de la semana.
  - o Lenguaje repetido: Mediante la repetición de distintas palabras y frases.
  - o Lenguaje denominativo: Mediante la denominación de objetos y acciones.
- Lenguaje comprensivo:
  - o Reconocimiento: Se le presenta unas imágenes y tiene que señalar la que se le diga.
  - o Órdenes: Mediante la realización de órdenes.
- Lectura:
  - o Pareo viso-verbal: Se le enseña una serie de objetos o imágenes. A continuación, se le da una tarjeta con una palabra escrita y tiene que emparejarlo.
  - o Comprensión de órdenes: El paciente tiene que leer órdenes escritas y ejecutarlas.
- Escritura:
  - o Nombre: Se le pide que escriba su nombre.
  - o Escritura automática: Escribir los números del 1 al 10.
  - o Copia: Tiene que escribir las palabras y frases que se le proporcionan.
  - o Discurso escrito: Escribir lo que ve en una imagen.

En el estudio de Terradillo y López-Higes (s.f), se propone que para la evaluación del lenguaje se utilicen pruebas de evaluación inicial o screening (Exploración de selección de las funciones del lenguaje, FAST, MAST, ART y LAST), baterías o test de evaluación del lenguaje en afasias (Test de Boston, EPLA y BETA) y pruebas de carácter específico (Test de denominación de Boston y Test Token) y para la evaluación de la conversación proponen pruebas de evaluación de la comunicación global (CADL y CETI) y evaluación de la pragmática (Perfil de análisis conversacional para personas con afasia, PREP y MetAphAs).

Otro aspecto que hay que evaluar en las personas con Afasia son las funciones ejecutivas, tal y como se dice en los estudios de Lopera (2008) y Keil & Kaszniak (2002), definiendo las funciones ejecutivas como: “Función directiva, gerencial y rectora del cerebro. Es el cerebro del cerebro”. (Lopera, 2008, p.60)

Según Lopera los componentes de dichas funciones son: (a) la iniciativa, volición y creatividad, (b) capacidad de planificación y organización, (c) fluidez y flexibilidad para la ejecución efectiva de los planes de acción, (d) procesos de atención selectiva, concentración y memoria operativa, y (e) procesos de monitoreo y control inhibitorio. Todas estas funciones dependen de la parte anterior de los lóbulos frontales específicamente de la corteza prefrontal. Keil & Kaszniak (2002) confirman que pacientes con Afasia pueden padecer problemas en las funciones ejecutivas, tales como la memoria, aunque es difícil su evaluación ya que pueden confundirse con los déficits lingüísticos propios de la patología.

Teniendo en cuenta todo lo presentado anteriormente, podemos determinar las dificultades que posiblemente encontremos en el participante del estudio; en el siguiente apartado se explicará la metodología llevada a cabo para lograr los objetivos propuestos.

## Metodología

En esta investigación se ha llevado un Estudio de Caso (Yazan, 2016) desde un paradigma cuantitativo (Sampieri, 2018). Para ello, se ha seleccionado un participante de 59 años, con estudios de primaria, que ha sido intervenido en dos ocasiones de un Meningioma en el ala esfenoidal izquierda en enero de 2017 y en enero de 2019, en esta última intervención se prolongó su ingreso 4 meses por múltiples complicaciones. Desde su comienzo en la rehabilitación logopédica lleva un total de 58 sesiones de logopedia hasta el momento, de las 80 sesiones concedidas por la seguridad social.

Los objetivos que se pretenden conseguir con la realización del Trabajo de Fin de Grado son los siguientes:

1. Analizar la expresión y comprensión escrita de una persona con Meningioma en el ala esfenoidal izquierdo.
2. Describir la expresión y comprensión oral de una persona con Meningioma en el ala esfenoidal izquierdo.
3. Analizar las funciones ejecutivas de una persona con Meningioma en el ala esfenoidal izquierdo.

Los instrumentos de recogida de información para alcanzar los objetivos mencionados han sido 4 pruebas estandarizadas: el Test de Boston para el diagnóstico de las afasias, Test de SCIP-S, Test de percepción diferencias o test de caras, y Batería para la evaluación de los trastornos afásicos (BETA), la explicación de todas estas pruebas se puede encontrar en la Tabla 4; y dos cuestionarios tipo Likert, uno de ellos dirigido a la mujer (Anexo 1) y a la hija (Anexo 2) y otro a la logopeda del Centro donde acude a la rehabilitación, este cuestionario además de tener la escala de Likert cuenta con dos preguntas abiertas (Anexo 3).

Tabla 4: *Instrumentos de recogida de información.*



TEST DE BOSTON PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS AFASIAS (García <i>et al.</i> , 1986)	Destinatarios.	Población adulta.
	Objetivo principal.	Identificar los aspectos deficitarios y los preservados pertinentes al lenguaje.
	Áreas que explora.	Habla de conversación y exposición (4 subtest). Comprensión auditiva (6 subtest). Expresión oral (5 subtest). Lectura (7 subtest). Escritura (6 subtest). Praxias.
TEST DE SCIP-S (Pino <i>et al.</i> , 2014)	Destinatarios.	Población mayor de edad con o sin enfermedades mentales. (más de 18)
	Objetivo principal.	Evaluación del estado cognitivo en adultos con o sin enfermedades mentales.
	Áreas que explora.	Atención (vigilada, selectiva, sostenida y dividida). Memoria (MCP, MLP y MT). Funciones ejecutivas. Velocidad de procesamiento.
TEST DE CARAS. PERCEPCIÓN DE DIFERENCIAS. (Thurstone & Yela, 2012)	Destinatarios.	Población a partir de 6-7 años.
	Objetivo principal.	Evaluar la aptitud para percibir, rápida y correctamente, semejanzas y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados.
	Áreas que explora.	Atención. Velocidad de procesamiento.
BATERÍA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS AFÁSICOS. (Cuetos y González-Nosti, 2009)	Destinatarios.	Población adulta.
	Objetivo principal.	Evaluar los componentes lingüísticos del paciente afásico.
	Áreas que explora.	Comprensión lectora (5 subtest). Producción oral (5 subtest). Lectura (5 subtest). Escritura (5 subtest). Procesamiento semántico (5 subtest). Procesamiento de oraciones (5 subtest).

Fuente: Elaboración propia basada en los manuales del Test Traducción al español del Test de Boston para el diagnóstico de las afasias (García *et al.*, 1986), Test de SCIP-S (Pino *et al.*, 2014), Test de percepción diferencias o test de caras (Thurstone & Yela, 2012) y Batería para la evaluación de los trastornos afásicos (Cuetos y González-Nosti, 2009).

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo en el gabinete donde normalmente acude el participante, en una sala libre de distractores, y de manera individual. La evaluación se llevó a cabo los días 1, 2, 3, 23, 30 de marzo y 6 de abril durante dos horas cada día, aplicando las pruebas en el orden en el que las hemos presentado en la Tabla 4.

## Resultados

Comenzamos describiendo los resultados del Test de Boston para el diagnóstico de las Afasias (García *et al.*, 1986), como se puede observar en la Tabla 5.

TABLA 5: Resultados Test de Boston para el diagnóstico de las Afasias.

	SUBTEST	PD <sup>1</sup>	PC <sup>2</sup>
<b>SEVERIDAD</b>	Severidad	3	50
	Agilidad articulatoria	5	50
<b>FLUIDEZ</b>	Longitud de frase	6	50
	Agilidad verbal	14	90
<b>COMPRENSIÓN AUDITIVA</b>	Discriminación palabra	65	70
	Identificación partes del cuerpo	16	50
	Órdenes	12	50
	Material ideativo complejo	4	30 – 40
<b>DENOMINACIÓN</b>	Respuesta denominación	27	70
	Denominación confrontación visual	83	60 – 70
	Nombrar animales	9	60
	Denominación partes del cuerpo	19	40 – 50
<b>LECTURA</b>	Palabras	25	50
	Oraciones	7	50 – 60
<b>REPETICIÓN</b>	Palabras	10	70
	Alta probabilidad	6	50
	Baja probabilidad	5	60
<b>PARAFASIA</b>	Neológica	-	-
	Literal	-	-
	Verbal	-	-
	Otras (semántica)	1	50
<b>HABLA AUTOMATIZADA</b>	Secuencia automatizada	7	70
	Recitado	2	40
<b>COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE ESCRITO</b>	Discriminación letra-palabras	9	50
	Reconocimiento de palabras	8	90
	Comprensión deletreo oral	3	60
	Emparejamiento dibujo-palabra	8	40
	Lectura de oraciones y párrafos	5	40 – 50
<b>ESCRITURA</b>	Mecánica	4	90
	Escritura seriada	43	80
	Dictado elemental	15	90
	Denominación confrontación escrita	4	50 – 60
	Deletreo dictado	9	70
	Oraciones dictado	8	60
	Escritura narrativa	2	70
<b>MÚSICA</b>	Canto	2	50
	Ritmo	2	60

<sup>1</sup> PD = Puntuación directa.

<sup>2</sup> PC = Puntuación centil.

Fuente: Elaboración propia basada en el manual del Test de Boston para el diagnóstico de las afasias (García *et al.*, 1986).

En las puntuaciones de la Tabla 5, observamos que los subtest en los que el participante ha tenido más dificultades son el de material ideativo complejo (PC = 30-40), denominación de partes del cuerpo (PC = 40-50), en el recitado (PC = 40), emparejamiento dibujo-palabra (PC = 40), y lectura de oraciones y párrafos (PC = 40-50). Y en los que menos dificultades ha tenido son el de agilidad verbal (PC = 90), discriminación de palabras (PC = 70), respuesta a la denominación (PC = 70), repetición de palabras (PC = 70), secuencia automática (PC = 70), mecánica (PC = 90), escritura seriada (PC = 80), dictado elemental (PC = 90), deletreo dictado (PC = 70) y escritura narrativa (PC = 70).

En la Tabla 6, presentamos los resultados del Test SCIP-S (Pino *et al.*, 2014) que nos ayudarán a conocer la afectación cognitiva que presente en las áreas evaluadas. Se ha seleccionado el baremo de corrección correspondiente a personas de la población general, con un nivel de estudios primarios o inferiores y una edad de 56 años o más, por ser el que mejor se ajusta a las características demográficas del evaluado.

TABLA 6: *Resultados Test de SCIP-S.*

	PD <sup>3</sup>	PUNTOS DE CORTE	T <sup>4</sup>	PC <sup>5</sup>
AV-I <sup>6</sup>	9	<21 si	32	4
MT <sup>7</sup>	16	<20 si	43	25
FV <sup>8</sup>	1	<19 si	<27	1
AV-D <sup>9</sup>	0	<7 si	32	4
VP <sup>10</sup>	5	<12 si	47	37
<b>TOTAL</b>	31	<70 si	<27	1

Fuente: Elaboración propia basada en el manual del Test de SCIP-S (Pino *et al.*, 2014).

<sup>3</sup> PD = Puntuación directa.

<sup>4</sup> T = Puntuación T.

<sup>5</sup> PC = Puntuación centil.

<sup>6</sup> AV-I = Aprendizaje verbal inmediato.

<sup>7</sup> MT = Memoria de trabajo.

<sup>8</sup> FV = Fluidez verbal.

<sup>9</sup> AV-D = Aprendizaje verbal diferido.

<sup>10</sup> VP = Velocidad de procesamiento.

En la Tabla 6, se aprecia que en los subtest que ha tenido más dificultades son en la AV-I, FV y AV-D. En cambio, en los subtest de MT y VP no ha presentado tantas dificultades.

En la Figura 6, se observa una gráfica de los percentiles, obteniendo el perfil de resultado.

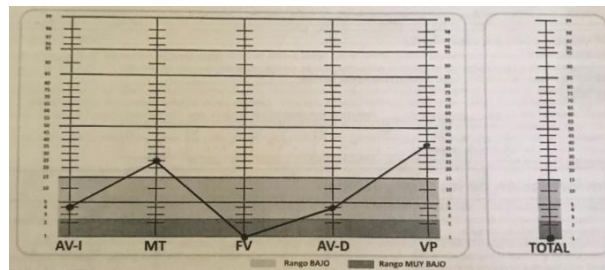


FIGURA 6. Perfil gráfico.

Fuente: Elaboración propia basada en el manual del Test de SCIP-S (Pino *et al.*, 2014).

En la Figura 6, se llega a la conclusión de que el participante presenta una afectación cognitiva severa ya que la puntuación total se encuentra en el rango muy bajo.

En la Tabla 7, presentamos los resultados del Test de percepción diferencias o Test de caras (Thurstone & Yela, 2012), que nos da información sobre la aptitud para percibir semejanzas y diferencias y patrones estimulantes parcialmente ordenados. Se ha seleccionado el baremo correspondiente a personas escolares de 1º y 2º de Bachillerato, varones y mujeres (16-18 años), por ser el baremo más alto que proporciona el manual, destinado para los más mayores. Con la ayuda de la tabla de baremo se ha transformado las puntuaciones directas de las pruebas obteniéndose los percentiles y los eneatiempos que se muestran en la tabla.

TABLA 7: Resultados Test de percepción diferencias o test de caras.

	PD	PC	ENEATIPO
A <sup>11</sup>	17	1	1
E <sup>12</sup>	1	80	7
A - E <sup>13</sup>	16	1	1
ICI <sup>14</sup>	88,8	10	2

<sup>11</sup> A = Aciertos.

<sup>12</sup> E = Errores.

<sup>13</sup> Aciertos netos.

Fuente: Elaboración propia basada en el manual del Test de percepción diferencias o test de caras (Thurstone & Yela, 2012).

En la Tabla 7, viendo las puntuaciones, se llega a la conclusión de que el rendimiento del sujeto es muy bajo (A – E, En = 1) y su control de impulsividad se sitúa por debajo de la media (ICI, En = 2). El sujeto solo comete un error y tiene pocos aciertos, contestando en total a un número bajo de ítems. Esto puede deberse por la presencia de problemas atencionales.

En la Tabla 8, presentamos los resultados de la Batería para la evaluación de los trastornos afásicos (Cuetos y González-Nosti, 2009), que nos ayudarán a descubrir en qué tareas tiene dificultades y en cuál su ejecución es normal, con el fin de dirigir la intervención en aquellos que se encuentren dañados.

TABLA 8: Resultados Batería para la evaluación de los trastornos afásicos (BETA).

	PT	Trastorno
Discriminación de fonemas	30	No
Decisión léxica auditiva	32	No
Emparejamiento palabra hablada – dibujo	30	No
Repetición de palabras	31	No
Repetición de pseudopalabras	24	No
Denominación de objetos	25	No
Denominación de acciones	25	No
Nombrar a definiciones	20	Si
Fluidez verbal	18	No
Fluidez verbal de nombres de personas	2	Si
Nombrado de letras	19	No
Decisión léxica visual	26	Si
Lectura de palabras	30	Si
Lectura de pseudopalabras	19	Si
Emparejamiento palabra escrita – dibujo	28	Si
Señalar la letra	20	No
Copiar de mayúscula a minúscula	7	No
Denominación escrita de objetos	7	Si
Dictado de palabras ortografía arbitraria	5	Si
Dictado de pseudopalabras	4	Si
Asociación semántica	27	Si
Asociación objeto – acción	30	No
Emparejamiento definición – palabra	27	No
Emparejamiento de sinónimos	24	Si
Señalar el diferente	23	Si
Emparejamiento oración hablada – dibujo	15	No
Emparejamiento oración escrita – dibujo	16	No
Juicios de gramaticalidad	28	Si
Prueba de dígitos	4	No
Descripción de una lámina (tomando la puntuación de longitud media de la frase)	6-7	No

<sup>14</sup> ICI = Índice de control de la impulsividad.

Fuente: Elaboración propia basada en el manual de la Batería para la evaluación de los trastornos afásicos (BETA) (Cuetos y González-Nosti, 2009)

En las puntuaciones de la Tabla 5, observamos que las pruebas en las que el participante ha tenido más dificultades son en nombrar definiciones (PT = 20), fluidez verbal de nombres de personas (PT = 2), decisión léxica visual (PT = 26), lectura de palabras (PT = 30), lectura de pseudopalabras (PT = 19), emparejamiento palabra escrita – dibujo (PT = 28), denominación escrita de objetos (PT = 7), dictado de palabras ortografía arbitraria (PT = 5), dictado de pseudopalabras (PT = 4), asociación semántica (PT = 27), emparejamiento de sinónimos (PT = 24), señalar el diferente (PT = 23) y juicios de gramaticalidad (PT = 28). En cambio, la puntuación es normal en las pruebas de discriminación de fonemas (PT = 30), decisión léxica auditiva (PT = 32), emparejamiento palabra hablada – dibujo (PT = 30), repetición de palabras (PT = 31), repetición de pseudopalabras (PT = 24), denominación de objetos (PT = 25), denominación de acciones (PT = 25), fluidez verbal (PT = 18), nombrado de letras (PT = 19), señalar la letra (PT = 20), copiar de mayúscula a minúscula (PT = 7), asociación objeto – acción (PT = 30), emparejamiento definición – palabra (PT = 27), emparejamiento oración hablada – dibujo (PT = 15), prueba de dígitos (PT = 4) y descripción de una lámina (PT = 7-8). En cuanto al emparejamiento de oración escrita-dibujo (PT = 16), se sospecha que, aunque según la puntuación no tendría dificultades ya que está en los parámetros normales, sí que podría padecer dificultades ya que al pasar la prueba el propio sujeto indica que se acuerda de las respuestas dadas en la prueba de emparejamiento de oración hablada-dibujo.

Además, también se utilizaron los resultados del cuestionario tipo Likert (Anexo 1), según estos resultados la mujer opina que tiene una mayor dificultad en la lectura y escritura de palabras y oraciones, atención, memoria, y denominación.

A parte, también se manipularon los resultados del cuestionario tipo Likert (Anexo 2), según estos resultados la hija opina que tiene una mayor dificultad en la lectura y escritura de palabras y oraciones, atención, memoria y denominación.

Por último, se tuvo en cuenta los resultados del cuestionario tipo Likert (Anexo 3), según estos resultados la logopeda opina que tiene una mayor dificultad en la expresión

escrita y oral, la denominación y la descripción de una imagen, la atención, la memoria y la entonación del discurso.

## Discusión

En este apartado se procede a la comparación de los resultados obtenidos en esta investigación con otros estudios que hablan de la evaluación de una Afasia, con el fin de describir el lenguaje, la comprensión y las funciones ejecutivas del sujeto de nuestra investigación.

El sujeto de este estudio de caso presenta dificultad para encontrar palabras, según Martín y Sicilia (2012), una de las características de la afasia anómica es la dificultad para encontrar estas palabras, por lo que está dentro de la normalidad este resultado, pero estos mismos autores también explican cómo es común que se expresen con circunloquios, y en este caso nuestro participante no presenta esta dificultad. En cuanto a la escritura y la lectura, muestra una agrafia de aspecto apráxico y una alexia agnósica, resultados que también se encuentran dentro de la normalidad según estos autores ya que expresan que la escritura y la lectura puede variar en estos pacientes.

También muestra una expresión oral enlentecida con múltiples anomias y alguna ecolalia son los previstos según Jiménez (2011), en su artículo habla de los errores lingüísticos típicos que se pueden apreciar en cualquier tipo de Afasia atendiendo a la expresión oral, comprensión verbal y lenguaje escrito, pero este mismo autor explica cómo es común la presencia de estereotipias, automatismos, neologismos, parafasias, jergafasia y anartría, y en este caso nuestro participante no presenta estas dificultades, al igual que exponen Berthier *et al.* (2011) en su estudio, ya que indican la ausencia de parafasias, y lo habitual que es encontrar circunloquios, dificultades para encontrar palabras y el empobrecimiento de sustantivos y nombres en su discurso oral, coincidiendo en algunos síntomas y presentando diferencias en otros síntomas con los de nuestro estudio. Nuestro sujeto, también presenta dificultades en la comprensión de estructuras sintácticas complejas y errores en asociar el significado con su significante, siendo lo esperado según este autor, aunque estos también indican que estos sujetos cometan fallos en el reconocimiento de estímulos auditivos, y nuestro participante no presenta dicha dificultad. Por último, en el lenguaje escrito de nuestro paciente se observa una agrafia de aspecto apráxico y una alexia agnósica, datos esperados según los autores nombrados.



Igualmente, posee muchas anomias y el lenguaje automático lo tiene conservado como en el estudio de Fuquen *et al.* (2011), que indican que personas con Afasia anómica causada por un accidente cerebrovascular de arteria cerebral media izquierda, presentan esta sintomatología. Pero, en cambio, hablando del recitado sí que se presencia una discrepancia ya que el sujeto de nuestro estudio sí lo tiene alterado y según estos autores no, por lo que este dato no entra dentro de lo esperado. Nuestro participante tiene conservada la repetición de palabras, frases y oraciones, dato que se espera ya que estos autores lo expresan en su estudio. También coinciden en que la velocidad de procesamiento y la fluidez verbal está disminuida y que presentan dificultades para comprender el material ideativo complejo y para retener series verbales presentadas y explícitas. Otros aspectos que también concuerdan entre ambos sujetos son que el reconocimiento de letras y de dígitos no está alterado, al igual que son capaces de escribir. Por último, la atención y la memoria en ambos casos están alteradas. Lo expuesto hasta ahora, coincide también con lo que dicen en su artículo González y Hornauer-Hughes (2014) en cuanto a la sintomatología que muestra una persona que padece una Afasia anómica. Resumiendo, los resultados de nuestra investigación que se han citado son los esperados, en gran medida, con los que proponen estos autores, a pesar de que el origen de la Afasia no es el mismo, ambos presentan una sintomatología muy similar.

Por un lado, muestra un discurso fluente y moderadamente informativo sin estereotipias, con un lenguaje automático y una repetición conservados, capaz de leer y escribir aunque con alguna dificultad, capaz de comprender oraciones sencillas escritas aunque con dificultades para comprender oraciones complejas y con dificultades para comprender oralmente el material ideativo complejo, según González y Hornauer-Hughes (2014), una persona con Afasia no fluente mixta presenta un discurso no fluente y no informativo, con un lenguaje automático y una repetición alterados, incapaces de leer, con una escritura automática, comprensión oral solo de oraciones simples con apoyo y carga emocional, por lo que los resultados de nuestra investigación no están dentro de la normalidad. Resumiendo, no coinciden nuestros resultados con lo que proponen los autores. Por otro lado, tiene dificultad para encontrar palabras de uso común, anomias, una comprensión con dificultades en las

tareas complejas de comprensión auditiva, una repetición adecuada, y un habla y escritura espontánea con ausencia de sustantivos, tal y como determina Jiménez (2011) sobre los síntomas característicos de una Afasia anómica. Por lo que teniendo en cuenta a González y Hornauer-Hughes (2014) y a Jiménez (2011), la Afasia del sujeto de la investigación no puede ser una Afasia no fluente mixta que era la diagnosticada en 2019, sino una Afasia anómica.

De manera similar, muestra dificultades en el aprendizaje verbal inmediato, aprendizaje verbal diferido y en la fluidez verbal, según Keil & Kaszniak (2002) estos resultados son esperables, ya que los pacientes con afasia pueden tener dificultades en las funciones ejecutivas, tal como la memoria. Además, presenta problemas atencionales, según De Noreña *et al.* (2010), indican que personas con daño cerebral adquirido, independientemente de la causa, pueden presentar problemas atencionales y hay que restaurar esta función. Por lo que ambos casos concuerdan en sus resultados, aunque el origen no sea el mismo.

Para finalizar, si nos centramos en la percepción de la familia podemos determinar que concuerda con los resultados de la logopeda y de los test estandarizados. Esto es importante para lograr una adherencia terapéutica tal y como indican Brannon & Feist (2001), ya que el apoyo social es muy importante en el cumplimiento de la terapia, además de la conciencia de la enfermedad del paciente por parte del mismo y de su núcleo más cercano.

## Conclusiones

Teniendo en cuenta los objetivos que se plantean en este TFG, puedo afirmar que se han alcanzado todos ellos, a continuación, se exponen las conclusiones de este estudio:

1. El tipo de Meningioma que presenta el sujeto de la investigación es, anatómicamente, de la base del cráneo; según el grado es clásico (I); y según la forma presenta un Meningioma en placa.
2. El diagnóstico logopédico inicial del sujeto realizado en 19 de noviembre de 2019 es de Afasia no fluente mixta, tras 58 sesiones de intervención, podemos determinar que este diagnóstico ha cambiado y presenta una Afasia anómica residual.
3. Presenta un discurso moderadamente fluente e informativo, aunque con múltiples anomias.
4. El lenguaje automático y la repetición, no se encuentran alterados en el sujeto de la investigación.
5. El paciente es capaz de leer y escribir, aunque con alguna dificultad.
6. La comprensión lectora del sujeto está conservada en oraciones sencillas, pero alterada en oraciones complejas.
7. En cuanto a la comprensión oral, el sujeto presenta dificultades en el material ideativo complejo, mientras que no tiene problemas de comprensión en las oraciones simples.
8. La escritura del sujeto es adecuada, aunque presenta algún cambio en la grafía.
9. En la lectura, el sujeto de nuestra investigación presenta una alexia agnósica.
10. La colaboración y la implicación de la familia más cercana en el proceso de evaluación es crucial ya que ellos, al convivir con el sujeto, puede observar aspectos cotidianos del lenguaje y de la comunicación que a nosotros se nos puede pasar desapercibido en el gabinete.

## **Limitaciones del estudio**

A continuación, se relatan algunas limitaciones que se han encontrado a la hora de realizar el estudio.

1. El estudio se reduce a un solo participante, lo que significa que no podemos garantizar los datos encontrados a toda la población con Meningioma en el ala esfenoidal. Pero este estudio es útil como estudio de caso para conocer en profundidad un participante con estas características, ya que en la literatura no existen muchas investigaciones sobre la afasia causada por esta dificultad, al no ser muy frecuente.
2. No existe mucha bibliografía sobre las funciones ejecutivas y el lenguaje en personas con Afasia por un Meningioma en el ala esfenoidal, lo que entorpece la realización de una discusión más rica de nuestros resultados con la bibliografía publicada.

## **Líneas futuras de trabajo**

A raíz de este Trabajo de Fin de Grado, se pueden desarrollar diferentes investigaciones:

1. Ampliar la muestra para, de esta manera, poder realizar un análisis descriptivo del lenguaje de las personas con Afasia producida por un Meningioma en el ala esfenoidal con una mayor población, y así poder generalizar los datos encontrados.
2. Ampliar la muestra y centrarnos en las funciones ejecutivas de esta población, ya que está muy relacionado con el lenguaje y no existen estudios en este aspecto.
3. Valorar si el recitado es diferente solo en este estudio de caso o en todos los casos de personas con Afasia anómica producida por un daño cerebral, independientemente del tipo de daño.

## Referencias Bibliográficas

- Berthier, M. L., Casares, N. G. y Dávila, G. (2011). Afasias y trastornos del habla. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(74), 5035-5041. <https://cutt.ly/mvFjiSQ>
- Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la salud*. Madrid: Paraninfo.
- Cappuccio, H. R. (2010). Contribución al estudio de la anatomía funcional del hueso esfenoideos. *Actas Odontológicas (Publicación discontinuada)*, 7(1), pp. 40-47. <https://doi.org/10.22235/ao.v7i1.1077>
- Cuetos, F. y González-Nosti, M. (2009). *BETA. Batería para la evaluación de los trastornos afásicos*. Editorial EOS.
- De Noreña, D., Ríos-Lago, M., Bombín-González, I., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A. & Tirapu-Ustárrroz, J. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (I): atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Rev Neurol*, 51(11), 687-98. <https://cutt.ly/TvFTdC2>
- Fuquen, C., Moreno, M.J., Palma de Caballero, M.M. y Pitta, P.J. (2011). Perfil neuropsicológico y evolución de un caso de afasia anómica causado por un evento cerebrovascular de arteria cerebral media izquierda. <http://biblioteca.usbbog.edu.co:8080/Biblioteca/BDigital/66217.pdf>
- García, J., Sánchez, M. L. y Del Viso, S. (1986). *Traducción al español del Test de Boston para el diagnóstico de la Afasia*. (2ªed.). Panamericana.
- González, R. y Hornauer-Hughes, A. (2014). Afasia: una perspectiva clínica. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 25, 291-308. <https://cutt.ly/PvFjGuy>
- Gutiérrez, J., Domínguez, M., Escudero, P., García, J.M., Vicente, M., Manchini, T. y Acevedo, N. (2009). *Anatomía craneofacial* (Tercera ed.). Montevideo, Uruguay.

- Jiménez, M. P. (2011). La afasia: clasificación y descripción. *Revista digital innovación y experiencias educativas*, 1(48).  
[https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/iee/Numero\\_48/MARIA DEL PILAR JIMENEZ HORNERO 01.pdf](https://archivos.csif.es/archivos/andalucia/ensenanza/revistas/iee/Numero_48/MARIA DEL PILAR JIMENEZ HORNERO 01.pdf)
- Keil, K & Kaszniak, A. W. (2002) Examining executive function in individuals with brain injury: A review, *Aphasiology*, 16(3), 305-335.  
<http://dx.doi.org/10.1080/02687030143000654>
- Lopera, F. (2008). Funciones ejecutivas: aspectos clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(1), 59-76. [Dialnet-FuncionesEjecutivasAspectosClinicos-3987492.pdf](#)
- Martín, W. y Sicilia, I. (2012). La afasia. Características comunicativas para la intervención enfermera. *Revista Ene de Enfermería*, 6(3).
- Martínez, E. (2011). El problema del diagnóstico de la afasia desde la perspectiva de la Neuropsicología Cognitiva. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 8(3).  
[https://www.researchgate.net/profile/Erislandy-Omar-Martinez/publication/313558043\\_El\\_problema\\_del\\_diagnostico\\_de\\_la\\_afasia\\_de\\_sde\\_la\\_perspectiva\\_de\\_la\\_Neuropsicologia\\_Cognitiva/links/5c4b5a2b458515a4c740059e/El-problema-del-diagnostico-de-la-afasia-desde-la-perspectiva-de-la-Neuropsicologia-Cognitiva.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Erislandy-Omar-Martinez/publication/313558043_El_problema_del_diagnostico_de_la_afasia_de_sde_la_perspectiva_de_la_Neuropsicologia_Cognitiva/links/5c4b5a2b458515a4c740059e/El-problema-del-diagnostico-de-la-afasia-desde-la-perspectiva-de-la-Neuropsicologia-Cognitiva.pdf)
- Martínez, E., Pino, M. y Broche, Y. (2015). Perspectivas científicas en la investigación de la afasia. Consideraciones teóricas. *Revista Encuentros*. Universidad autónoma del Caribe, 13(1), 75-84.  
<http://dx.doi.org/10.15665/re.v13i1.350>
- Martínez, J. A (2017). Meningioma cerebral. El reto polémico del tumor. *Revista Cubana De Tecnología De La Salud*, 8(2), 70 - 77.  
<http://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/view/792>
- Pino, O., Guilera, G., Rojo, J. E., Gómez-Benito, J. y Purdon, S.E. (2014). *SCIP-S Screening del Deterioro Cognitivo en Psiquiatría*. TEA ediciones, S.A.

- Rodríguez, Y., Del Prado, M. y Omar, E. (2019). Afasia, paciente afásico e investigación neurolingüística.: algunas contradicciones científicas y sociales de su abordaje en cuba. *Revista Iberoamericana de Psicología*, 12(2), 106- 114.  
<https://reviberopsicologia.iberu.edu.co/article/view/1670>
- Sampieri, R. H. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Terradillos, E. y López-Higes, R. (s.f.). *Guía de intervención logopédica en las afasias*. Síntesis, S.A.
- Thurstone, L. L. & Yela, M.(2012). *CARAS. Test de percepción de diferencias*. (11ªed.). TEA Ediciones, S.A.
- Vargas, J.A. (2010). Meningioma: reporte de caso. *Revista Medica MD*, 1(6), 22-26.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmed/md-2010/md106f.pdf>
- Yazan, B. (2016). Três abordagens do método de estudo de caso em educação: Yin, Merriam e Stake. *Revista Meta: Avaliação*, 8(22), 149-182.

## Anexos

### Anexo 1: Cuestionarios tipo Likert

TABLA 1: *Cuestionario a la mujer.*

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
La expresión oral está afectada.				X	
La repetición de palabras y oraciones está alterada.				X	
La denominación de objetos está alterada.				X	
La comprensión auditiva está afectada.				X	
La lectura de palabras y oraciones está comprometida.					X
La escritura de palabras y oraciones está comprometida.					X
Presenta menos intención comunicativa en las conversaciones.				X	
Se cansa mucho más que antes de la enfermedad.				X	
La atención y la memoria se han visto alteradas.					X
Ha cambiado su forma de ser.					X
Observa que está más desanimado.				X	
A la hora de denominar objetos, ¿Describe la palabra en vez de denominarlo?		X			
Cuando quiere nombrar una cosa, ¿No le sale y se queda en blanco?					X
1 = Totalmente desacuerdo. 2 = En desacuerdo. 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4 = De acuerdo. 5 = Totalmente de acuerdo.					

Fuente: Elaboración propia.



## Anexo 2: Cuestionarios tipo Likert

TABLA 2: Cuestionario a la hija.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
La expresión oral está afectada.				X	
La repetición de palabras y oraciones está alterada.				X	
La denominación de objetos está alterada.				X	
La comprensión auditiva está afectada.			X		
La lectura de palabras y oraciones está comprometida.					X
La escritura de palabras y oraciones está comprometida.					X
Presenta menos intención comunicativa en las conversaciones.				X	
Se cansa mucho más que antes de la enfermedad.					X
La atención y la memoria se han visto alteradas.					X
Ha cambiado su forma de ser.					X
Observa que está más desanimado.				X	
A la hora de denominar objetos, ¿Describe la palabra en vez de denominarlo?	X				
Cuando quiere nombrar una cosa, ¿No le sale y se queda en blanco?				X	
1 = Totalmente desacuerdo. 2 = En desacuerdo. 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4 = De acuerdo. 5 = Totalmente de acuerdo.					

Fuente: Elaboración propia.

### Anexo 3: Cuestionarios tipo Likert

TABLA 3: Cuestionario a la logopeda.

PREGUNTAS	1	2	3	4	5
La expresión oral está comprometida.				X	
La expresión escrita está comprometida.					X
El lenguaje automático está alterado.		X			
La repetición de palabras y oraciones está alterada.		X			
La denominación está alterada.				X	
La comprensión auditiva está afectada.			X		
La comprensión escrita está afectada.		X			
La lectura de palabras y oraciones está comprometida.		X			
La escritura de palabras y oraciones está comprometida.		X			
La asociación fonémica es adecuada.			X		
El emparejamiento imagen-palabra es adecuado.				X	
La descripción de una imagen es adecuada.		X			
La longitud de las frases es adecuada.		X			
La atención y la memoria son adecuadas.	X				
La entonación del discurso es adecuada.		X			
Presenta anomias en su discurso.				X	
Presenta perífrasis en su discurso.			X		
Presenta parafasias en su discurso.		X			
1 = Totalmente desacuerdo. 2 = En desacuerdo. 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo. 4 = De acuerdo. 5 = Totalmente de acuerdo.					

Fuente: Elaboración propia.

1. ¿Qué tipo de Afasia presentaba el sujeto en la evaluación inicial? Afasia no fluente mixta.
2. ¿Ha notado mucha mejoría desde que realizaste la evaluación inicial hasta el momento? Si, ha mejorado mucho desde entonces.
3. ¿Cuántas sesiones lleva hasta el momento? 58 sesiones.