

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES
CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA



Universidad de Valladolid

GRADO EN LOGOPEDIA

CURSO ACADÉMICO 2020-2021

TRABAJO FIN DE GRADO

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN
PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES
TRATADOS CON RADIOTERAPIA

AUTORA : MARTA ESTEBAN VENTOSA

TUTOR: PABLO FERNÁNDEZ-MERINO GUTIÉRREZ

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

ÍNDICE:

Resumen	-----
1. Justificación	-----
2. Objetivos	-----
3. Metodología	-----
4. Resultados Obtenidos	-----
5. Discusión	-----
6. Conclusiones	-----
7. Referencias Bibliográficas	-----
8. Anexos	-----

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Resumen

Actualmente el número de casos de pacientes con un diagnóstico de tumor cerebral se encuentra en aumento; la sintomatología, presente en la mayoría de los casos, indica alteración del lenguaje con dificultades tanto en la articulación como en la comprensión, disartria o anomia, entre otros, pudiendo ser tratados con el apoyo de un logopeda.

En ocasiones son derivados para ser valorados por un logopeda y comenzar una rehabilitación, mejorando notablemente su calidad de vida; sin embargo, otros profesionales no derivan a estos pacientes, ya sea por desconocimiento o porque no lo consideran oportuno.

Con este estudio, se pretende dar a conocer los problemas comunicativos a los que se enfrentan estos pacientes, en su día a día, comprobando así las dificultades que presentan en lenguaje, en la mayoría de los casos estudiados. De los siete sujetos evaluados en este estudio solo dos han sido valorados por un logopeda desde el diagnóstico de su enfermedad, demostrándose así la realidad a la que nos enfrentamos pudiendo comprobar, al evaluar los test a los que se han sometido en este estudio, que en tres de los otros cinco sujetos estaría pautada una rehabilitación logopédica ya que presentan dificultades tanto en la comprensión como en la articulación, con alteración del habla y del lenguaje.

Palabras clave: Tumor, cerebral, comunicación, logopeda, radioterapia, rehabilitación.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

1. Justificación

Desde mi experiencia laboral en Oncología Radioterápica, llevo años observando la fragilidad a la que se enfrentan los pacientes oncológicos, al ser diagnosticados de un tumor máxime, en el caso que nos ocupa, los pacientes con tumores cerebrales.

Con este estudio se pretende dar visibilidad a los problemas a los que se enfrentan este tipo de pacientes. Cabe destacar que en muchas ocasiones los tumores cerebrales son diagnosticados porque el paciente acude al hospital al presentar dificultades en el lenguaje o problemas al tragar.

Estos pacientes no solo tienen que enfrentarse a un diagnóstico duro, sino que tanto ellos como sus familiares se sienten totalmente perdidos ante las limitaciones físicas, psicológicas y ,por su puesto, ante las dificultades en el lenguaje.

Los pacientes afásicos en muchos casos son plenamente conscientes de lo que sucede a su alrededor y sufren porque en numerosas ocasiones no se les presta la ayuda logopédica que necesitan.

En este aspecto se centrará el presente estudio, en dar la visibilidad que se merecen estos pacientes, sus familiares y por ende la logopedia, que se encarga de la investigación, diagnóstico, evaluación, tratamiento y prevención de los trastornos de comunicación, lenguaje, habla, voz, audición y otras funciones orales como la deglución, intentando mejorar la calidad de vida de las personas que lo sufren.

Este trabajo de Fin de Grado en Logopedia pretende valorar las necesidades comunicativas que tienen los pacientes oncológicos diagnosticados de tumor cerebral en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid que están recibiendo tratamiento de radioterapia. Se reflejarán los mecanismos de apoyo comunicativo que tienen, si los necesitan y se indicará si en algún momento desde el diagnóstico de la enfermedad, han tenido apoyo logopédico o no han sido derivados.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

La incidencia se establece según la Sociedad Española de Oncología Médica SEOM (2013) "*Manual Práctico de Oncología Radioterápica*", en 7.5 casos por cada 100.000 habitantes constituyendo en torno al 2% de la totalidad de cánceres en adultos y cerca de un 15% diagnosticados a niños menores de 15 años, presentando una baja tasa de supervivencia en adultos.

Actualmente disponemos de un mayor número de alternativas terapéuticas y la supervivencia a los cinco años del diagnóstico en este tipo de tumor ha pasado de un 24% a un 35%.

2. Objetivos:

1. Estudiar las necesidades comunicativas de sujetos diagnosticados de tumor cerebral primario o metastásico.
2. Reflejar los mecanismos de apoyo comunicativo que tienen estos pacientes.
3. Reflexionar acerca de la labor de la logopedia en este tipo de sujetos antes del tratamiento con radioterapia durante y después de dicho tratamiento.

3. Metodología

Para poder llevar a cabo este estudio en el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, se ha tenido que enviar un pequeño resumen indicando en qué consistiría dicho estudio, las pruebas que se les realizarían a los sujetos que participarían, la duración del mismo así como la documentación requerida para la valoración del mismo por el Comité de Ética de la Investigación Clínica (CEIC)

Una vez recibido el apto por parte del CEIC, se comenzaron a realizar las pruebas que se detallarán a continuación.

La investigación se llevará a cabo mediante la utilización de dos pruebas estandarizadas para la valoración tanto del lenguaje como la comprensión de mismo.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

La metodología se dividirá en tres apartados:

- Investigación sobre los tumores cerebrales ,síntomas y tratamientos
- Elección de las pruebas
- Análisis de los resultados obtenidos

Denominamos tumor cerebral al grupo de células anormales con un crecimiento y multiplicación dentro del cerebro o alrededor del mismo, estos tumores son llamados tumores primarios. Los tumores secundarios son los que tienen su origen en otras áreas del organismo llegando al cerebro; originándose así las metástasis.

Síntomas iniciales

Los síntomas iniciales de un tumor cerebral dependerán principalmente de la localización donde se encuentre.

Generalmente los síntomas suelen aparecer cuando ya está dañado el tejido cerebral o por una elevada presión intracraneal. Refiriendo en ocasiones: cansancio, apatía, vómitos, cefaleas, crisis epilépticas, inestabilidad, paresias, afasia, agnosia, apraxia, alteraciones visuales, disartria etc.

A continuación describiremos los tumores cerebrales que presentan los sujetos de este estudio.

Gliomas: Son denominados así porque las células de las que nacen son los astrocitos.

Glioblastoma

Es considerado el tumor cerebral primario más frecuente en mayores de 20 años con una mayor incidencia entre los 50-60 años, siendo predominante en varones, según datos obtenidos de la SEOM. (2013). *Manual práctico de la Oncología Radioterápica*, representan un 15-17%.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Son de crecimiento rápido y elevada malignidad, presentando necrosis celular, gran vascularización, y elevada capacidad infiltrativa pudiendo limitar su resecabilidad quirúrgica en algunos casos.

El tamaño a su diagnóstico es elevado, ocupando más de un lóbulo cerebral o extendiéndose al hemisferio opuesto a través del cuerpo caloso.

Como tratamiento inicial se considera la cirugía, en un porcentaje de casos solo será posible hacer una biopsia por su localización. Posteriormente se administrará conjuntamente quimioterapia y radioterapia.

Astrocitomas

Astrocitoma Pilocítico: Según datos obtenidos de la SEOM, representan un 5% de los gliomas, considerados de grado II, pueden curarse con cirugía, son diagnosticados más frecuentemente en personas jóvenes.

El Astrocitoma Anaplásico: Tumores infiltrantes de difícil resección completa considerado de grado III. Tras la cirugía se administra quimioterapia y radioterapia.

Oligodendrogliomas: Tumores poco frecuentes

Oligoastrocitomas: Tumores muy poco frecuentes compuestos generalmente de dos tipos histológicos diferentes (astrocitos y oligodendrocitos).

Actualmente los tratamientos oncológicos han avanzado, tanto en el diagnóstico, mucho más preciso y rápido, como en los tratamientos, en el caso de la radioterapia podemos encontrar tratamientos muy precisos con una menor toxicidad en órganos adyacentes obteniendo una dosis más alta en el tumor, evitando así efectos secundarios.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

El paciente con tumor cerebral necesita en ocasiones aliviar síntomas como los dolores de cabeza crisis convulsivas, en ocasiones muy frecuentes, pérdida de las funciones tanto motoras como sensitivas, etc.

❖ Cirugía

Según la SEOM es considerada como la herramienta principal para poder resear el tumor, en ocasiones con intención curativa. Es importante poder resear en su totalidad el tumor, aunque en ocasiones no es posible.

En ocasiones como en los tumores profundamente asentados no es posible realizar una resección inicial. En las recidivas tumorales, la cirugía se llevará a cabo en casos puntuales, siendo contraindicada si la situación del paciente no es la adecuada.

❖ Radioterapia.

Es una de las terapias oncológicas más utilizadas en los tumores malignos, utilizando radiaciones ionizantes que actúan sobre las células tumorales evitando que se reproduzcan favoreciendo así su eliminación. En ocasiones se administra de forma conjunta con quimioterapia o con la cirugía.

Tipos de radioterapia administrada a los sujetos a estudio

IMRT: Radioterapia de Intensidad Modulada: Radioterapia de alta precisión administrando dosis precisas de radiación al tumor minimizando la exposición a las estructuras fundamentales circundantes normales gracias a la conformación de los campos planificados.

Arcoterapia Volumétrica: VMAT Es una forma de radioterapia de intensidad modulada (IMRT), en la que la dosis de radiación se suministra al tumor mediante el giro continuado de 360 grados de la unidad de tratamiento, la distribución de la dosis se va depositando de forma precisa moldeándose y adaptándose a la forma del tumor.

Efectos secundarios derivados de la radioterapia:

Durante la radioterapia el paciente puede sufrir algún efecto secundario derivado de la misma entre los más importantes según la SEOM nos podemos encontrar los siguientes:

Agudos: Generalmente son transitorios, pueden aparecer entre la segunda y la tercera semana del inicio del tratamiento, el paciente refiere cansancio, vómitos, cefaleas o mareos debidos al edema cerebral agudo, indicado el tratamiento con corticoides, alopecia en la zona de tratamiento y en ocasiones radio dermatitis.

Crónicos: Posteriores al tratamiento pudiendo aparecer al mes y medio de finalizar la radioterapia, suelen ser permanentes, destacando el daño neurológico, segundas tumoraciones o cambios hormonales, el índice es actualmente muy bajo debidos a los avances en los tratamientos utilizados.

En ocasiones los pacientes presentan daño cognitivo pudiendo ser leve o causar una demencia .Podemos encontrar en raras ocasiones tumores radio inducidos, perdida de agudeza visual o cambios en la personalidad.

Los sujetos de este estudio, no presentaban a la fecha de realización de las pruebas, ningún efecto secundario derivado de la radioterapia.

Alteraciones del lenguaje, la comunicación y la deglución en los tumores cerebrales

Según García Ruiz, J.J (2017) *Guía de orientación para la valoración de la discapacidad en pacientes con tumores cerebrales*. Se puede demostrar que en función de la zona del sistema nervioso central donde este alojado el tumor, se valorarán diferentes secuelas en las funciones del lenguaje, la comunicación y deglución.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Trastornos del lenguaje

Afasia: Se considera afasia a la pérdida de la capacidad de producción o comprensión del lenguaje, debido a lesiones cerebrales en áreas especializadas para ese fin.

En función del área del lenguaje afectado se manifestarán diferente déficit clasificándose en los siguientes subtipos: Afasia de Broca, Afasia de Wernicke, afasia de conducción, afasia global, afasia anómica etc.

Apraxia del habla; según Rafael González Victoriano, la apraxia del habla es “un trastorno adquirido de origen neurológico. Se comprometen dos procesos motores básicos: la articulación y la prosodia. Se afecta la planificación o la programación de los movimientos oro-faciales necesarios para producir los sonidos del habla”.

Anartria: Como consecuencia de la lesión cerebral se produce un trastorno motor del lenguaje, los sujetos refieren una incapacidad para la articulación del lenguaje, existiendo una incapacidad en la movilización de los órganos fonadores

Disartria: Como consecuencia de una lesión neurológica se produce un trastorno del habla con variaciones en la alteración *de la respiración, fonación resonancia y prosodia* afectando al sistema nervioso central y/o periférico.

La afasia es considerada como una de las mayores secuelas derivadas de una lesión cerebral.

Existen en mercado diferentes pruebas para la valoración del lenguaje entre las que se encuentran; Junquera, A. (2015). *Neurobel*, destinada a la evaluación del lenguaje oral en adultos mayores, López-Higes, Rubio-Valdehita, Martín – Aragonese, Del Río y Menjuto. (2012) *Test Ecco Senior* para la evaluación del lenguaje escrito en personas mayores, Goodglass y Kaplan. (1986) *Test de denominación Boston* para el estudio de la memoria semántica en procesos de evaluación de las demencias etc.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

En cuanto a la elección de las pruebas, ha primado tanto la sencillez y veracidad de las mismas, como la agilidad a la hora de pasarlas, ya que al no ser excesivamente largas, se pueden obtener resultados en el momento.

Las pruebas han sido pasadas tras la sesión de radioterapia, los sujetos se han sentido más relajados y tranquilos ya que me conocían de haberles tratado en el acelerador lineal al administrarles la radioterapia.

Como paso previo a la realización del estudio se mantuvo una entrevista con los pacientes y sus familiares, explicándoles el motivo del estudio, las pruebas a realizar, tiempo estimado de duración de la prueba y la protección de datos, en ningún momento se revelarán sus datos personales, por este motivo y para preservar más el anonimato de los sujetos a estudio se hablará de franjas de edad y no de edades. Se firma consentimiento informado y compromiso de confidencialidad. Anexos

Se han seleccionado 7 pacientes mayores de edad diagnosticados de tumor cerebral primario o metastásico, actualmente en tratamiento con radioterapia, se les pasan dos pruebas estandarizadas y se evalúan los resultados, solo dos de los siete pacientes han sido valorados por un logopeda.

Según Perkins&Howard la lingüística clínica es la encargada del estudio de los trastornos del lenguaje y de la comunicación, centrándose en profundidad en la conducta verbal y la comunicación de los hablantes con déficit, y no en la resolución de su etiología. De esta forma podemos definir la lingüística clínica según (*Crystal 1981*) por el uso de herramientas únicamente lingüísticas utilizadas para poder describir, analizar, evaluar, diagnosticar y poder tratar el desorden en las conductas comunicativas.

Bates (1976) considera; que la pragmática hace referencia al estudio del uso lenguaje en hablantes y oyentes en un contexto.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Se pueden considerar otras dimensiones como son la cognitiva y la social; en la dimensión cognitiva observamos que los hablantes tienen funciones mentales; como son la percepción, la atención, la memoria de trabajo o la teoría de la mente. Por otra parte en la dimensión social podemos deducir que en todo acto de habla utilizamos el lenguaje, para transmitir pensamientos, sentimientos, consejos, ya sea en actividades sociales o culturales.

❖ **Token Test:**

El Test Token es una prueba elaborada por Ennio De Renzi y Luisina Vignolo en 1962, posteriormente en el año 1979 fue adaptada y estandarizada De Renzi y Faglioni realizaron una versión breve en 1978 de 36 ítems.

El resultado es una prueba utilizada para valorar la comprensión verbal tanto en la investigación como en la práctica clínica. Es considerada una prueba fácil de administrar, aplicar y corregir consiguiendo detectar dificultades lingüísticas en diversas patologías.

En 1962, el Test Token lo introdujo en italiano De Renzi y Vignolo como herramienta para la detección de alteraciones leves de lenguaje receptivo en pacientes diagnosticados de afasia.

○ **Estructura**

La prueba consta de 20 tokens o fichas de cinco colores (rojo, azul, verde, amarillo, blanco), con dos figuras geométricas (círculos, cuadrados) y dos tamaños (grandes, pequeños), las cuales el sujeto manipulará según las órdenes verbales que le indique el examinador.

El sujeto tratará de ejecutar cada orden propuesta por el examinador.

Se realizarán 5 secciones de instrucciones que irán creciendo en su grado de complejidad para poder realizar correctamente la prueba. Se realizarán 62 instrucciones.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

○ **Funciones que evalúa**

Con la aplicación de esta prueba podemos determinar, la presencia o ausencia de determinadas funciones cognitivas presentes en el sujeto, fundamentalmente evaluando la comprensión en el lenguaje. Es posible detectar alguna patología funcional u orgánica.

El Token Test es considerado útil para poder valorar determinados aspectos en otras áreas cognitivas como la memoria tanto a corto como a largo plazo, la integridad de la memoria inmediata, la estabilidad objetal o el pensamiento relacional.

Resulta clave para cumplir cada tarea planteada al sujeto la comprensión de cada palabra, ya que en ocasiones la orden no se podrá repetir.

○ **Aplicación**

Antes de la aplicación de la prueba verificaremos que el paciente conoce los colores y las formas con las que se trabajarán. Es importante explicarle al sujeto que no podrá leer los labios del examinador mientras éste le realiza el test.

Se explicará la prueba de forma clara y precisa puntualizando en que cada orden, sólo se podrá decir una única vez, de esta manera el paciente prestará mucha más atención. Una vez explicada la secuencia de la prueba se comenzará a pasar en cuanto el paciente esté preparado.

Compuesto por 5 partes; si el paciente cometiera 8 errores en la primera parte, se suspende el test, de no ser así se administrarán las 5 partes. A los ítems se les asignará una puntuación (+) o (-).

○ **Material**

Formado por el manual de aplicación, junto con las 20 fichas de madera, un cuadernillo de trabajo, block de protocolos, sets de cartas de respuestas y estímulos y hojas de anotación.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Ante la imposibilidad de tener esta prueba física, ha procedido a su descarga modificada y posterior adaptación para poder trabajar con los sujetos del estudio. La prueba original está compuesta por fichas de madera en nuestro estudio se ha trabajado con las formas geométricas impresas y recortadas para el fácil manejo de los sujetos, como puede verse en los Anexos.

❖ **Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática**

El PREP: Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática (Gallardo 2008b, 2009a), y en este caso el PREP-R revisado, pretende ser una prueba diagnóstica para la rápida detección de aspectos pragmáticos y/o componentes gramaticales en el origen del déficit comunicativo.

Una vez conocidas las áreas en las que el sujeto refiere dicho déficit podremos realizar una exploración y valoración más en profundidad.

• **Estructura Global del PREP-R**

El enfoque pragmático funcional en el que basa tanto el PREP como el PREP-R propone como objetivo; poder identificar las alteraciones lingüísticas y vincularlas a sus efectos comunicativos. Así, con los elementos básicos que componen toda interacción comunicativa (emisor, mensaje y receptor) se pueden observar los tres niveles de análisis pragmático: enunciativo, textual e interactivo. Según Gallardo Paúls:

Consideramos tres grandes bloques de la pragmática entre los que se encuentran:

La Pragmática interactiva: todo mensaje es dirigido a un receptor centrándose en la agilidad del turno, el índice de participación en la conversación la prioridad o el ajuste sociolingüístico.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

La Pragmática textual: muy vinculadas a la naturaleza gramatical del mensaje que construye el hablante y debe tener cohesión y coherencia tanto en las estructuras morfosintácticas como en los conectores, cadenas correferenciales y superestructuras textuales.

La Pragmática enunciativa: se consideran en esta categoría los actos de habla y los significados inferenciales.

En el nivel de pragmática enunciativa se recogen las categorías relacionadas con la perspectiva del emisor.

En el nivel de pragmática textual se evalúan las categorías relacionadas con el mensaje entendido como texto, es decir, como discurso conectado.

El nivel de pragmática interactiva se encarga de evaluar las categorías que tienen relación con la perspectiva de receptor. (2009 a: 58)

El PREP-R está compuesto por 18 ítems distribuidos en:

- 6 ítems para la evaluación de la pragmática enunciativa.
- 5 ítems para el nivel de pragmática textual
- 7 ítems para la pragmática interactiva.

En la pragmática enunciativa, de la prueba nos encontraremos tres subniveles; subnivel de actos de habla, subnivel de tareas de edición y subnivel de inferencias.

En la pragmática textual, nos encontraremos dos subniveles; subnivel de coherencia y subnivel de cohesión.

En la pragmática interactiva no se mostrarán subniveles ya que se centran en el análisis de la conversación.

Si se considera preciso examinar un mismo ítem en varios aspectos, se organizarán en sub-ítems. Cada uno de estos incluirá una breve explicación.

Esta prueba está diseñada para poder calcular en qué medida los problemas comunicativos que experimenta el sujeto se deben a uno u otro tipo de déficit.

Las pruebas las adjunto en Anexos.

4. Resultados Obtenidos

En este estudio no se obtendrán resultados estadísticos, propiamente numéricos, como se ha planteado en los objetivos, se pretende valorar la situación de estos pacientes y las necesidades comunicativas que presentan antes, durante y después del tratamiento. Por este motivo los resultados no se expresarán con diagramas o gráficas si no de manera escrita, sujeto a sujeto. Para garantizar la privacidad de los pacientes que participan en este estudio serán nombrados como sujeto 1, 2, 3, 4, 5, 6,7 estableciendo los años en franjas de edades. De este modo nos encontraremos a los pacientes situados así:

El sujeto 1 se situará entre los 65 y los 75 años.

El sujeto 2 se situará entre los 25 y los 35 años

El sujeto 3 y el sujeto 5 se situaran entre los 60 y los 70años

El sujeto 4 y el sujeto 6 se situarán entre los 65 y los 75.

El sujeto 7 se situará entre los 40 y los 50 años

Tomaremos como dato indicativo del estado general de los sujetos que participan en este estudio el Índice de Karnofsky (IK) una escala muy valorada y utilizada en oncología para predecir la posible evolución que desarrollarán los pacientes. Con esta tabla se valora la Situación clínico –funcional del paciente, los sujetos de estudio que presenten un IK del 40%; sería incapaz necesitando ayuda y asistencia especial, en el caso del IK 50% ;el sujeto necesita ayuda importante y asistencia medica frecuente si presentan un IK del 70% ;el sujeto es capaz de cuidarse ,pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo el sujeto con IK 90% ;es capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos y síntomas leves.

Dicha escala se encuentra en el Anexo I.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Los IK de los sujetos varían entre el 40-50% de los sujetos 2,3 y 5, el 70% del sujeto 5, el 80% del sujeto 7 y el 90% del sujeto 4. No disponemos del IK del sujeto 1 pero podría estar en torno al 80-90%. Estos índices serán tomados como variable en las pruebas teniendo relación, en este caso, con la dificultad de comprensión a la hora de pasar las pruebas.

Los sujetos con mayor IK obtuvieron una mayor puntuación y pasaron las pruebas sin ninguna dificultad.

Se mantuvieron tranquilos y relajados ya que podían expresarse perfectamente, entendiendo en todo momento las órdenes planteadas.

Así los sujetos 1, 4,6 y 7 pudieron finalizar el Token test comprendiendo en todo momento las órdenes planteadas aun cuando se avanzaba en la complejidad de las mismas.

En la charla mantenida para valorar el PREP-R los sujetos se mantuvieron relajados y colaborativos. Durante la conversación al cambiarles de tema o realizarles alguna pregunta realizaban un discurso correcto, con frases bien estructuradas, utilizando correctamente las formas y los tiempos verbales, buen uso en la utilización de los conectores, correcto uso del lenguaje no verbal. Cabe destacar que dos de estos sujetos han sido valorados por un logopeda, uno de ellos no precisaba rehabilitación logopédica en una primera valoración, pero posteriormente, desde mi punto de vista podría ser relevante retomar el contacto con uno, en el punto siguiente se analizará más detenidamente. Otro de los sujetos está actualmente en tratamiento logopédico, no porque haya sido derivado por un profesional, sino porque tiene un familiar logopeda, observándose en las conversaciones mantenidas el correcto uso que realiza del lenguaje.

Los sujetos 2 ,3 y 5 con un IK en torno al 40-50% no fueron capaces de terminar el Token test de forma completa, estos sujetos presentan un deterioro funcional más avanzado refiriendo problemas de comprensión no en las órdenes sencillas, pero si cuando se aumentaba la complejidad de las mismas.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Los sujetos se mostraron colaboradores, y participativos, en ocasiones no han sido conscientes de sus errores, mirando al examinador para comprobar su aprobación. En todos los ítems pasados, hasta completar el máximo de errores, se les ha devuelto un feed-back positivo al sujeto, evitando así su preocupación y estrés.

Con los sujetos 2 y 3 dos ha resultado más complicado poder mantener una conversación fluida ya que refieren anomia y dificultad en la comprensión debido a la afasia que presentan.

Las conversaciones mantenidas han sido más cortas, ya que en ocasiones se encontraban muy cansados y se decidió retomarla al día siguiente.

En estos sujetos el lenguaje no verbal ha sido más visible, cabe destacar que al estar en un hospital, con mascarilla, distancia de seguridad frente al SARS-CoV-2 ha propiciado una distancia más evidente con los sujetos, al no poder leer los labios, por el uso de mascarillas, utilizaban gestos con las manos o movían la cabeza cuando no eran capaces de expresar con palabras, debido a la anomia.

También se ha podido comprobar el uso de neologismos y repeticiones de palabras, en ocasiones ni los acompañantes conocían su significado.

Con el otro sujeto con IK 50% si se ha mantenido una conversación fluida, oraciones construidas con sentido completo, correcto uso de tiempos y formas verbales, buen uso en la utilización de conectores.

5. Discusión

De los siete pacientes sujetos a este estudio podemos deducir lo siguiente:

En la mayoría de los casos no han tenido contacto con un logopeda, no han sido informados de la existencia de tratamiento logopédico en ningún momento del proceso desde su diagnóstico ni tras la cirugía aun padeciendo ciertas dificultades en el lenguaje, pudiendo mejorar, en algunos casos el deterioro funcional que presentaban al diagnóstico. En ocasiones las crisis comiciales asociadas refieren dificultades tanto en el lenguaje comprensivo como en el expresivo refiriendo anomia.

Resulta relevante que los sujetos valorados por un logopeda, están en un IK del 80-90%, comprobándose así que los sujetos con un IK del 40-50%, no tendrían indicación, según determinados especialistas, a una mejora significativa en determinadas áreas del lenguaje y la comunicación.

En ocasiones, resulta significativo el efecto que produce ,a la población en general, escuchar que un sujeto ha sido diagnosticado de tumor cerebral, sin conocer ni la localización , ni su estadio ni la histología que presenta se puede deducir que no tendrá buen pronóstico y será complicada su recuperación.

También resulta extraño, que muchos profesionales no conozcan la existencia de la Logopedia y los beneficios que aporta a este tipo de pacientes, mejorando su calidad de vida en lo que al lenguaje y la comunicación se refiere.

En el estudio *“Rehabilitación Neuropsicológica en Pacientes con Tumores Cerebrales”* podemos valorar los resultados positivos que refieren pacientes con tumores de bajo grado que han recibido tratamiento logopédico. Tabla II Anexos.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Actualmente de los pacientes que han formado parte de este estudio solo uno está recibiendo sesiones con un logopeda evidenciándose positivamente los resultados que se obtiene al trabajar la memoria, atención y comprensión en conversaciones mantenidas con él tras la valoración de las pruebas.

La estimulación es clave para obtener resultados positivos.

6. Conclusiones

Desde mi punto de vista, en base a los objetivos planteados en la elaboración de este estudio, el estudio ha resultado positivo, ya que, aunque la muestra de población no ha sido muy extensa, si se ha podido analizar cada uno de los objetivos que se plantearon.

- Se han podido valorar las necesidades comunicativas que tienen estos pacientes; entre las que destacan las dificultades en la comprensión y del lenguaje, anomia, deterioro cognitivo, patologías en las que está indicada la rehabilitación logopédica.
- Se ha podido comprobar que los pacientes, con 40-50% IK, evidencian mayor dificultad en el lenguaje, utilizando más el lenguaje no verbal, mediante gestos con los brazos, movimientos de la cabeza, cerrando los ojos, al no ser capaces de articular correctamente o no recordar las palabras que debían emplear han sido los que menos apoyo han recibido a nivel logopédico no siendo derivados para realizar una evaluación.
- Se ha podido constatar que la labor que desempeña la logopedia es indispensable para estos sujetos ya que mejorarían mucho los síntomas iniciales.

Considero necesaria una unidad logopédica oncológica para estos sujetos en todos los hospitales. En un hospital de la Catalunya disponen de una unidad de logopedia oncológica rehabilitando a los pacientes con tumores de cabeza y cuello mejorando y controlando continuamente su evolución.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

En mi opinión, en muchas ocasiones se desconoce la labor que puede desempeñar la logopedia en este tipo de pacientes, ya que estas alteraciones que presentan los sujetos de este estudio se podrían paliar con una rehabilitación logopédica mantenida en el tiempo. Pudiendo mejorar así las dificultades que no les permiten comunicarse con sus seres queridos bien de manera oral o mediante la utilización de sistemas alternativos de comunicación muy utilizados en pacientes afásicos destinado a este fin.

Personalmente tengo la intención de dar a conocer las necesidades comunicativas a las que están sometidos estos pacientes, para intentar en la medida que sea posible intentar cambiarlas y dar a conocer la maravillosa labor que desempeñan los logopedas que trabajan con estos pacientes.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- I. Adrián, J. A., Jorquera, J., & Cuetos, F. (2014). LOGOPEDIA, FONIATRÍA y AUDIOLOGÍA.
- II. Buela-Casal, G; Sierra, J.C. (1997).Manual de evaluación psicológica. Ed. Siglo XXI .Madrid.
- III. Cortés, A. S., & Crespo, M. E. O. (2013). Rehabilitación neuropsicológica en pacientes con tumores cerebrales. *Psicooncología*, 10(2/3), 317.
- IV. De Renzi, E.Y Vignolo, L. (1962) The Token Test; a sensitive test to detect receptive disturbances in aphasics. *Brains*, 85, 665-678
- V. Estay, G. Test de Fichas de Token .EDITORIAL BIOPSIQUEEL
- VI. García Ruiz, J. J., & Cerebral, C. D. M. F. D. (2017). Guía de Orientación para la Valoración de la Discapacidad en Pacientes con Tumores Cerebrales.
- VII. González Victoriano, R., & Toledo Rodríguez, L. (2015). Apraxia del habla: evaluación y tratamiento
- VIII. Instituto Nacional del Cáncer (2011). *Tipos de tumores. Gliomas*. Recuperado de [https://www.cancer.gov\(https://www.cancer.gov\)](https://www.cancer.gov(https://www.cancer.gov))
- IX. Jaime, A. B., Gavila, J., & López, J. L. G. Tumores Primarios y Metástasis en el SNC
- X. Martínez López, E., Rico Osés, M. y Errasti Viade, M. (2013). Gliomas de alto grado. En M. Martín Martín y A. Montero Luis, Manual práctico de oncología radioterápica SEOR (pp. 231-235). Abbvie. <https://seor.es/wp-content/uploads/2020/03/Manual-Practico-de-Oncologi%CC%81a-Radioterapica.pdf>
- XI. Montero, A., Hervás, A., Morera, R., Sancho, S., Córdoba, S., Corona, J. A.,... & Ramos, A. (2005). Control de síntomas crónicos: Efectos secundarios del tratamiento con Radioterapia y Quimioterapia. *Oncología (Barcelona)*, 28(3), 41-50.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

- XII. Muñoz Garzón, V.M., Ochagavía Galilea, V. y Nieto Regueira, I. (2013). Glioma de bajo grado en adultos. En M. Martín Martín y A. Montero Luis, Manual práctico de oncología radioterápica SEOR (pp. 236-239). Abbvie. <https://seor.es/wp-content/uploads/2020/03/Manual-Practico-de-Oncologi%CC%81a-Radioterapica.pdf>
- XIII. Pérez-Elvira, R., & Clavel, M. (2011). Deterioro cognitivo asociado a radioterapia en tumores cerebrales. *Psicooncología*, 8(2/3), 255.
- XIV. Puiggròs, C., Lecha, M., Rodríguez, T., Pérez-Portabella, C., & Planas, M. (2009). El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad en pacientes con nutrición enteral domiciliaria. *Nutrición Hospitalaria*, 24(2), 156-160.
- XV. Sanz, A., Olivares, M.E y Barcia, J.A (2011).Aspectos Neuropsicológicos en Pacientes Diagnosticados de Tumores Cerebrales .*Clínica y Salud*, 22,139-155
- XVI. Sanz Cortés, A., Olivares Crespo, M., & Barcia Albacar, J. A. (2011). Aspectos neuropsicológicos en pacientes diagnosticados de tumores cerebral. *Clínica y Salud*, 22(2), 139-155.
- XVII.** SEOM (Sociedad Española de Oncología Médica). Tumores cerebrales. 2017. p. 3/10. Available from: <https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/tumores-cerebrales? Start=2#content> (accessed 5-2-2018).
- XVIII. Trill, MD, & Segura, PP INFLUENCIA DEL ESTADO COGNITIVO EN LA COMUNICACIÓN
- XIX.** Zambrano, C. F. S., Chumo, N. E. C., Bacusoy, J. R. P., Castro, R. S. C., Antón, A. M. R., & Plúa, C. L. G. (2019). Alternativas de cuidados para pacientes sometidos a una cirugía de extirpación de tumor cerebral. *RECIAMUC*, 3(4), 313-327.

8. ANEXOS

Tabla I <i>Escala de Karnofsky</i>	
<i>Puntuación</i>	<i>Situación clínico-funcional</i>
100	Normal, sin quejas ni evidencia de enfermedad.
90	Capaz de llevar a cabo actividad normal pero con signos o síntomas leves.
80	Actividad normal con esfuerzo, algunos signos y síntomas de enfermedad.
70	Capaz de cuidarse, pero incapaz de llevar a cabo actividad normal o trabajo activo.
60	Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.
50	Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.
40	Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.
30	Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.
20	Muy gravemente enfermo, necesita tratamiento activo.
10	Moribundo irreversible.
0	Muerto.

Tabla I

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Teixidor et al. (2007) (43)	Pacientes con gliomas de bajo grado que habían sido sometidos a cirugía para la resección de la lesión. N= 8	Programa de logopedia basado en ejercicios lingüísticos, tanto visuales como auditivos, que tenía como objetivo final mejorar la memoria de trabajo. Estructura: sesiones diarias durante tres semanas después de la cirugía.	Se realizó una valoración neuropsicológica, centrada principalmente en procesos lingüísticos y de memoria de trabajo, de forma previa a la cirugía y tres meses después del programa de logopedia. La mitad de los pacientes recuperaron el rendimiento en los cuestionarios utilizados al presente antes de la cirugía para la resección de la lesión.
-----------------------------	---	---	--

Tabla II

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA



ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DESTINADO AL PERSONAL SIN VINCULACIÓN CONTRACTUAL CON EL CENTRO

D/Dª con D.N./NIF/NIE: alumno de 4º curso del Grado en Logopedia de la de la Universidad de Valladolid, en régimen de alumnado en el Centro Sanitario

Título del estudio:

Declara que:

1. Reconoce que los pacientes tienen derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e intimidad y a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso.
2. También reconoce que los pacientes tienen derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización.
3. De acuerdo con el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, reconoce que tiene el deber de mantener secreto respecto a la información a la que acceda en el desarrollo de su actividad, comprometiéndose a prestar el máximo cuidado y confidencialidad en el manejo y custodia de cualquier información/documentación durante su período formativo y una vez concluido el mismo.
4. Reconoce que no procede transferir, duplicar o reproducir todo o parte de la información a la que tenga acceso con motivo de su actividad en el Centro, no pudiendo utilizar los datos proporcionados por el mismo para finalidades distintas a la formación, o aquellas otras para las que fuera autorizado por el CEIC/CEIm y por la dirección del Centro.
5. Está enterado de que es responsable personal de acatar el deber de confidencialidad y de que su incumplimiento puede tener consecuencias penales, disciplinarias o incluso civiles.

Por todo ello se compromete a que su conducta en el Centro Sanitario se adecue a lo previsto en los apartados anteriores de esta declaración responsable.

Además, acepta y se compromete a que, una vez concluido el trabajo objeto de autorización para manejar datos clínicos, aquel será depositado en custodia en el lugar que las Autoridades Académicas determinen, y todos aquellos datos clínicos que pudieran identificar a los pacientes objeto del estudio, sea de manera directa o indirecta, sean entregados al tutor académico correspondiente para su archivo o destrucción segura, según corresponda.

En a de de

Fdo.:

GRADO EN LOGOPEDIA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

Con DNI/Pasaporte nº

Declaro que:

- He recibido información suficiente y adecuada sobre las características del estudio titulado:
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio.
- He decidido participar voluntariamente en el estudio.
- Se me ha informado con claridad de que mis datos personales y clínicos serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la normativa vigente de protección de datos.

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin estar obligado a dar explicaciones sobre el motivo.
- Sin que ello afecte a la atención que recibo.

Este documento será custodiado en el Centro (Residencia, Unidad de Logopedia, Hospital, etc.) donde se realice el TFG.

Lugar y fecha:

Firma paciente

Firma estudiante

Vº Bº Centro

Realizado por:, Estudiante de Logopedia.

Tutor/a:

Centro donde se realiza el estudio

TRABAJO DE FIN DE GRADO
GRADO EN LOGOPEDIA. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

TOLKEN TEST (PROTOCOLO)

NOMBRE:

COLEGIO: _____ FECHA NACIMIENTO:

EXAMINADOR:

I PARTE: Use solamente cuadros grandes y círculos grandes (10 fichas)

- 1) Toque el círculo rojo
- 2) Toque el cuadro verde
- 3) Toque el cuadro rojo
- 4) Toque el círculo amarillo
- 5) Toque el círculo azul
- 6) Toque el círculo verde
- 7) Toque el cuadro amarillo
- 8) Toque el círculo blanco
- 9) Toque el cuadro azul
- 10) Toque el cuadro blanco

II PARTE: Use grandes y pequeños cuadros y grandes y pequeños círculos (20 fichas)

- 11) Toque el círculo amarillo, pequeño
- 12) Toque el círculo verde, grande
- 13) Toque el círculo amarillo, grande
- 14) Toque el cuadro azul, grande
- 15) Toque el círculo verde, pequeño
- 16) Toque el círculo rojo, grande
- 17) Toque el cuadro blanco, grande
- 18) Toque el círculo azul, pequeño
- 19) Toque el cuadro verde, pequeño

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

20) Toque el círculo azul, grande

III PARTE: Use solamente los cuadros grandes y círculos grandes (10 fiches)

21) Toque el círculo amarillo y el cuadro rojo

22) Toque el cuadro verde y el círculo azul

23) Toque el cuadro azul y el cuadro amarillo

24) Toque el cuadro blanco y el cuadro rojo

25) Toque el círculo blanco y el círculo azul

26) Toque el cuadro azul y el cuadro blanco

27) Toque el cuadro azul y el círculo blanco

28) Toque el cuadro verde y el círculo azul

29) Toque el círculo rojo y el cuadro amarillo

30) Toque el cuadro rojo y el círculo blanco

IV PARTE: Use grandes y pequeños cuadros y grandes y pequeños círculos (20 fichas)

31) Toque el círculo amarillo pequeño y el cuadro verde grande

32) Toque el cuadro azul pequeño y el círculo verde pequeño

33) Toque el cuadro blanco y el círculo rojo grande

34) Toque el cuadro azul grande y el cuadro rojo grande

35) Toque el cuadro azul pequeño y el círculo amarillo pequeño

36) Toque el círculo azul pequeño y el círculo rojo pequeño

37) Toque el cuadro azul grande y el cuadro verde grande

38) Toque el círculo azul grande y el cuadro verde grande

39) Toque el cuadro rojo pequeño y el círculo amarillo pequeño

40) Toque el cuadro blanco pequeño y el cuadro rojo grande

V PARTE: Use solamente cuadros grandes y círculos grandes

41) Ponga el círculo rojo sobre el cuadro verde

42) Ponga el cuadro blanco debajo del círculo amarillo

43) Toque el círculo azul con el cuadro rojo

44) Toque con el círculo azul el cuadro rojo

45) Toque el círculo azul y el cuadro rojo

46) Recoja el círculo azul o el cuadro rojo

47) Ponga el cuadro verde lejos del cuadro amarillo

48) Ponga el círculo blanco frente al cuadro azul

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

- 49) Si este es un círculo negro, escoja el cuadro rojo (atención al comportamiento)
- 50) Recoja todos los cuadros, excepto uno amarillo
- 51) Toque el círculo blanco sin usar su mano derecha
- 52) Cuando yo toque el círculo verde, Ud. Tocaré el cuadro blanco (espere 5 segundos, luego toque el círculo verde)
- 53) Ponga el cuadro verde al lado del círculo rojo
- 54) Toque los cuadros lentamente y los círculos rápidamente
- 55) Ponga el círculo rojo entre el cuadro amarillo el cuadro verde
- 56) Toque los círculos, menos uno verde
- 57) En vez del círculo rojo, recoja el cuadro blanco
- 58) En lugar del cuadro blanco, tome el círculo amarillo
- 59) Junto con el círculo amarillo, tome el círculo azul
- 60) Después que recoja el cuadro verde, toque el círculo blanco
- 61) Ponga el círculo azul debajo del cuadro blanco
- 62) Antes que toque el círculo amarillo, escoja el cuadro rojo

TOKEN TEST

OBJETIVO

El objetivo de este test es evaluar la comprensión verbal de órdenes de complejidad creciente.

ADMINISTRACIÓN

_ Presentar las fichas en el siguiente orden:

FILA 1

Círculos grandes: rojo, azul, amarillo, blanco, verde

FILA 2

Rectángulos grandes: azul, rojo, blanco, verde, amarillo

FILA 3

Círculos chicos: blanco, azul, amarillo, rojo, verde

FILA 4

Rectángulos chicos: amarillo, verde, rojo, azul, blanco

_ Comenzar con la primer orden: "Toque un círculo", hablando despacio y claramente.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

_ Las órdenes para la Parte A y B pueden repetirse una vez. Ninguna otra orden puede repetirse.

Si el paciente no responde y pide que se le repita nuevamente la orden, decirle: "Haga lo que pueda, haga todo lo que recuerde"

_ Dejar de administrar el test después de tres fallas consecutivas:

En las Secciones A, B y C: si ninguna parte de la orden recibe un punto.

En la Sección D: si sólo una parte de la orden recibe un punto.

En las Secciones E y F: si sólo dos partes de la orden reciben puntos.

PUNTUACIÓN

_ Dar un punto por cada parte de la pregunta (subrayada) realizada correctamente.

_ La realización correcta de las:

Preguntas 1-7: reciben 1 punto cada una

Preguntas 12-15: reciben 3 puntos cada una

Preguntas 16-19: reciben 4 puntos cada una

Preguntas 20-23: reciben 6 puntos cada una

Preguntas 24-39: reciben 6 puntos cada una (el verbo y la preposición, al igual que la elección de la ficha correcta reciben puntos)

Cualquier interpretación razonable de las preposiciones es aceptada y puntuada como correcta.

Si el test es interrumpido, se deberán prorratear los ítems restantes de esa sección:

Si el test se interrumpe en el Ítem 31 -Sección F-, y los ítems 24-31 recibieron 6 puntos, los restantes 8 ítems serán prorrateados con 6 puntos, con un total de 12 puntos para la sección

F.

Si todos o casi todos los Ítems de la Sección B, C, D, E y/o F no fueron tomados debido a fallos previos, sumar:

3 puntos para la Sección B

5 puntos para la Sección C

6 puntos para la Sección D

9 puntos para la Sección E

18 puntos para la Sección F

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

- _ No son necesarias correcciones por edad o nivel educacional.
- _ Máximo Puntaje: 163 puntos.

DATOS NORMATIVOS

La siguiente tabla proporciona datos normativos correspondientes a adultos:

Rangos Percentiles para el Token Test

(Para adultos normales)

Puntaje Rangos Percentiles

162 70

161 50

158 30

157 18

156 14

154 10

153 6

151 -

- _ El puntaje medio para adultos (y adolescentes mayores de 14 años) es de 161.

- _ Generalmente no se observan puntajes inferiores a 157 en poblaciones adultas normales.

Percentiles para Niños de edades de:

Puntaje 6 7 8 9 10 11 12 13

Percentiles en adultos:

163 90 90 90 90 84 84 84 84 75-

162 88 86 86 86 75 75 75 75 70

161 86 84 81 78 65 61 61 57 50

160 84 78 78 72 57 50 47 39 40

159 84 75 68 65 47 35 32 19 35

158 81 72 65 53 35 25 19 8 30

157 78 68 61 47 25 16 10 2 18

156 78 61 57 39 19 8 4 0.9 14

155 75 57 53 28 12 4 2 12

154 72 53 43 22 7 2 1 10

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

153 72 50 35 16 4 1 0.7 6

152 68 47 28 10- 2 0.8

151 65 39 22 8 1 0.3

150 61 35 16 4 0.9

149 61 32 12 2 0.5

148 57 28 7 1

147 53 25 4 1

146 53 19 3 0.8

145 50 16 2 0.5

144 47 14 1

143 43 12 1

142 43 10 0.7

141 39 7

140 35 5

139 35 4

138 32 4

137 28 3

136 25 2

135 25 1

134 22

133 19

132 19

131 16

130 14

129 14

128 12

127 10

126 8

125 8

124 7

123 5

122 5

121 4

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

120 4

119 3

118 3

117 2

116 2

115 2

114 1

Nombre:_____ Fecha:_____ Edad:_____

A. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. La instrucción se puede repetir una vez.

1. Toque un círculo
2. Toque un rectángulo
3. Toque una figura amarilla
4. Toque una figura roja
5. Toque una figura azul
6. Toque una figura verde
7. Toque una figura blanca

TOTAL **A** (7)

B. Presentar solamente las fichas grandes. La instrucción se puede repetir una vez.

8. Toque el **rectángulo amarillo**
9. Toque el **círculo azul**
10. Toque el **círculo verde**
11. Toque el **rectángulo blanco**

TOTAL **B** (8)

C. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. No repetir la instrucción.

12. Toque el **círculo blanco chico**
13. Toque el **rectángulo amarillo grande**
14. Toque el **rectángulo verde grande**
15. Toque el **rectángulo azul chico**

TOTAL **C** (12)

D. Presentar solamente las ficha grandes. No repetir la instrucción.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

16. Toque el **círculo rojo** y el **rectángulo verde**
17. Toque el **rectángulo amarillo** y el **rectángulo azul**
18. Toque el **rectángulo blanco** y el **círculo verde**
19. Toque el **círculo blanco** y el **círculo rojo**

TOTAL D (16)

E. Presentar las fichas de la manera indicada previamente. No repetir la instrucción.

20. Toque el **círculo blanco grande** y el **rectángulo verde chico**
21. Toque el **círculo azul chico** y el **rectángulo amarillo grande**
22. Toque el **rectángulo verde grande** y el **rectángulo rojo grande**
23. Toque el **rectángulo blanco grande** y el **círculo verde chico**

TOTAL E (24)

F. Presentar solamente las fichas grandes. No repetir la instrucción.

24. **Ponga el círculo rojo sobre del rectángulo verde**
25. **Ponga el rectángulo blanco detrás del círculo amarillo**
26. **Toque el círculo azul con el rectángulo rojo**
27. **Toque el círculo azul y el rectángulo rojo**
28. **Levante el círculo azul o el rectángulo rojo**
29. **Ponga el rectángulo verde lejos del rectángulo amarillo**
30. **Ponga el círculo blanco en frente del rectángulo azul**
31. **Si hay un círculo negro, levante el rectángulo rojo**
32. **Levante todos los rectángulos, excepto el amarillo**
33. **Ponga el rectángulo verde al lado del círculo rojo**
34. **Toque los rectángulos lentamente y los círculos rápido**
35. **Ponga el círculo rojo entre el rectángulo amarillo y el rectángulo verde**
36. **Toque todos los círculos, excepto el verde**
37. **Levante el círculo rojo, no el rectángulo blanco**
38. **En lugar del rectángulo blanco, levante el círculo amarillo**
39. **Junto al círculo amarillo, levante el círculo azul**

TOTAL F (96)

TOTAL A-F (163)

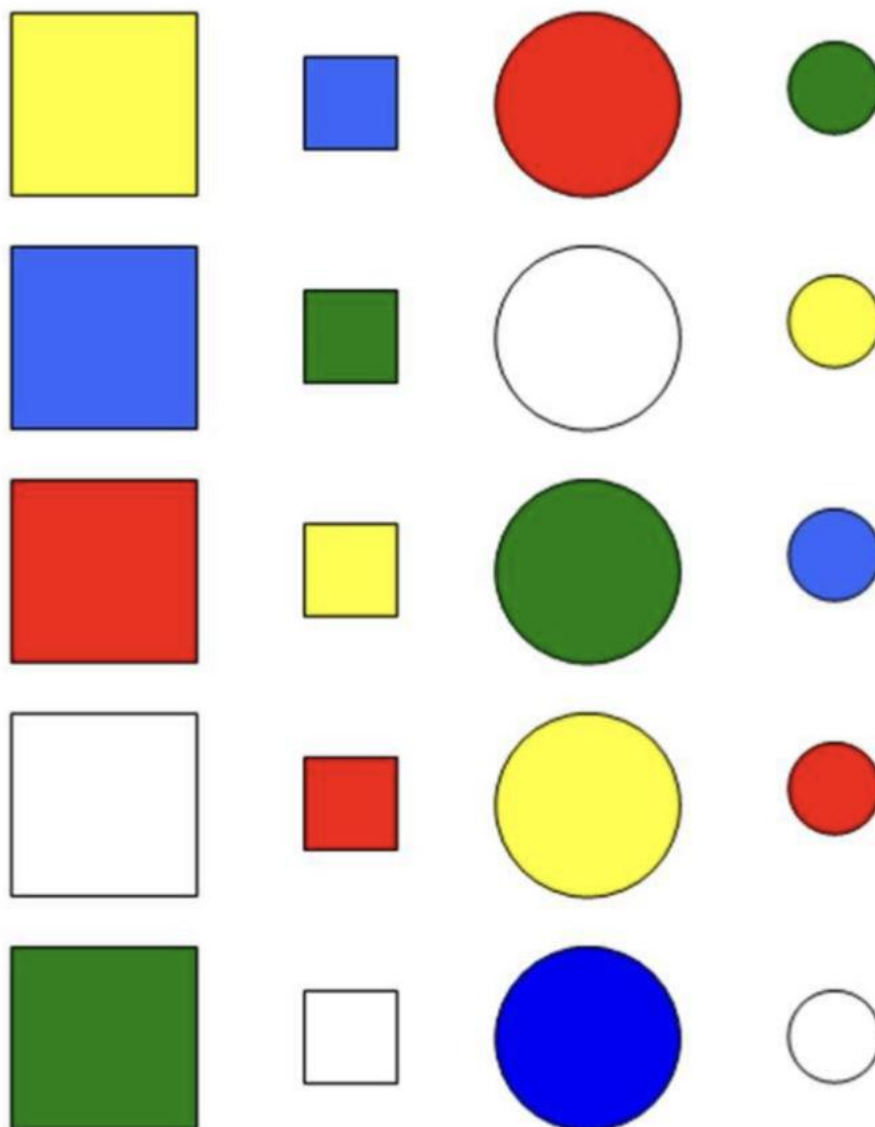
TABLA I; Para Partes I, III y IV se usan solamente los cuadros y los círculos grandes de 4 x 4 cm.

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

Para Partes II y IV se usan todas las fichas (grandes de 4 x 4 cm., chicas de 2 x 2 cm.)

A LA DERECHA DEL SUJETO

A LA DERECHA DEL SUJETO



ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

2. Protocolo para la recogida de datos

2.3. El PREP-R¹³

¿Se ajusta la conducta verbal del paciente a las siguientes afirmaciones?	SÍ	NO	No Ev.
PRAGMÁTICA ENUNCIATIVA			
Subnivel de Actos de habla			
1. Producción de los Actos de habla			
1.1 El hablante articula correctamente las palabras, de manera que las emisiones resulten reconocibles (actos enunciativos).			
1.2 Encuentra las palabras que busca y es capaz de hacer uso de la gramática de su lengua para transmitir significado (actos proposicionales).			
1.3 Su manejo de las pausas y silencios intraturnos es adecuado.			
2. Intencionalidad de los Actos de habla: ilocutividad			
2.1 Comprende y/o produce actos de habla directos e indirectos convencionalizados.			
2.2. Comprende y/o produce actos de habla indirectos.			
Subnivel de Tareas de edición			
3. Conductas compensatorias			
3.1 Emplea actos verbales y/o paraverbales compensatorios (actos locutivos)			

¹³ Una versión del PREP-R en formato pdf. y tamaño DIN-A4 puede encontrarse en las correspondientes páginas webs de sus autores en www.academia.edu y/o www.researchgatet

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

2. Protocolo para la recogida de datos

<i>3.2. Utiliza estrategias verbales que le permiten ganar tiempo extra para la construcción de sus emisiones (actos borrador)</i>			
<i>3.3. Utiliza gestos que sustituyen, completan, o regulan la producción verbal (gestualidad compensatoria)</i>			
4. Rectificación y conciencia metapragmática			
<i>Muestra conciencia de su dificultad, y trata de corregir sus propios enunciados cuando resultan problemáticos</i>			
Subnivel de inferencias			
5. Principio de Cooperación: implicaturas generalizadas y particularizadas			
<i>5.1. La información que proporciona es veraz (implicatura de calidad).</i>			
<i>5.2. La información que proporciona no es ni escasa, ni excesiva, siempre teniendo en cuenta los requerimientos contextuales (implicatura de cantidad).</i>			
<i>5.3. La información se proporciona de manera clara, ordenada y sin ambigüedades (implicatura de manera).</i>			
<i>5.4. Sus intervenciones tienen relación con el tema de conversación (implicatura de relación).</i>			
<i>5.5. Comprende los contenidos implícitamente comunicados cuando se transgrede intencionadamente alguna de las máximas, y/o bien comunica contenidos implícitos él mismo (implicaturas particularizadas)</i>			
6. Implícitos convencionales: inferencias trópicas lexicalizadas			
<i>6. Comprende y o utiliza correctamente expresiones lexicalizadas o modismos</i>			

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

2. Protocolo para la recogida de datos

PRAGMÁTICA TEXTUAL			
Subnivel de coherencia			
7. Superestructuras textuales			
<i>7.1. Al construir un relato no omite sucesos relevantes, presenta adecuadamente a los personajes, sitúa sus acciones espaciotemporalmente, e introduce la información respetando el orden lógico y cronológico en el desarrollo de los sucesos (superestructura narrativa).</i>			
<i>7.2. Cuando tiene que defender una posición argumentativa o justificar una afirmación, el hablante proporciona algún argumento válido a su favor, más allá de reiterar la posición expresada (superestructura argumentativa).</i>			
8 Gestión temática			
<i>8.1. Reconoce cuándo su interlocutor introduce un nuevo tema, y propicia el desarrollo temático o bien lo rechaza explícitamente (tematización).</i>			
<i>8.2. Si introduce un tema nuevo, lo hace de manera fluida, sin rupturas temáticas bruscas (cambio temático).</i>			
Subnivel de cohesión			
9. Eficacia léxica			
<i>Sabe utilizar las palabras adecuadamente para explicar lo que quiere transmitir; tiene suficiente capacidad léxica para construir su discurso sin apoyarse solo en repeticiones o palabras vacías.</i>			
10. Morfología y formación de palabras			
<i>Su construcción de las palabras es completa, utilizando adecuadamente las terminaciones de sustantivos, adjetivos y verbos, respetando las concordancias de tiempo, género o número, así como los artículos</i>			

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA

2. Protocolo para la recogida de datos

11. Sintaxis y construcción gramatical			
<i>Su construcción de las frases y oraciones es convencional y utiliza enunciados de estructura completa, tanto en las oraciones (sujeto + predicado) como en constituyentes menores.</i>			
PRAGMÁTICA INTERACTIVA			
12. Agilidad del turno			
<i>La interacción conversacional se produce a un ritmo dialógico ágil y rápido</i>			
13. Cambio de hablante, fluidez en la toma de turno			
<i>El paciente toma sus turnos en el momento adecuado, sin interrupciones ni demoras notables.</i>			
14. Índice de participación conversacional			
<i>Su nivel de participación verbal en la conversación (cantidad de turnos y palabras) es proporcional al de otros participantes.</i>			
15. Predictibilidad			
<i>Utiliza adecuadamente tanto turnos predictivos como predichos.</i>			
16. Prioridad			
<i>Diseña sus turnos atendiendo a principios de prioridad conversacional, tanto en primeras partes como en segundas partes de los pares adyacentes.</i>			
17. Gestualidad natural			
<i>Su uso de los gestos, la expresión facial y la comunicación no verbal complementa y matiza su lenguaje adecuadamente, pero no lo sustituye.</i>			
18. Uso comunicativo de la mirada			
<i>Utiliza la mirada comunicativamente, para confirmar escucha y comprensión, para ceder o pedir el turno</i>			

ESTUDIO DE LA COMUNICACIÓN EN PACIENTES CON TUMORES CEREBRALES TRATADOS CON RADIOTERAPIA
