FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE-TEL DE UN CENTRO DE SALUD DE HUANCAYO

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Neuropsicología

Autora:

Segura Victoria, Nadia Dorothy

Asesor:

Villanueva Vásquez, Henrich

(ORCID: 0000-0002-0532-7171)

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Del Rosario Pacherres, Orlando

Placencia Medina, Elba Yolanda

Lima - Perú

2022

Referencia:

Segura, N. (2022). *Caso psicológico: programa de rehabilitación neuropsicológica en un paciente con trastorno específico del lenguaje-TEL de un centro de salud de Huancayo.* [Trabajo académico de segunda especialidad, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio Institucional UNFV. https://hdl.handle.net/20.500.13084/6190

Reconocimiento - No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND)

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede generar obras derivadas ni se puede utilizar comercialmente.

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Universidad Nacional Federico Villarreal

VRIN | VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

CASO PSICOLÓGICO: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UN PACIENTE CON TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE-TEL DE UN CENTRO DE SALUD DE HUANCAYO

Línea de investigación:

Salud mental

Trabajo Académico para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Neuropsicología

Autora:

Segura Victoria, Nadia Dorothy

Asesor

Villanueva Vásquez, Henrich

(ORCID: 0000-0002-0532-7171)

Jurados:

Castillo Gómez, Gorqui Baldomero

Del Rosario Pacherres, Orlando

Placencia Medina, Elba Yolanda

Lima - Perú

2022

Pensamientos

"El pensamiento es la principal facultad del hombre, y el arte de expresar los pensamientos es la primera de las artes".

Etienne Bonnot de Condillac

"El lenguaje es la casa de la verdad del ser"

Martin Heidegger

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a Dios y a mis queridos padres que hicieron posible la realización de este trabajo. Y a la vida, por ser siempre una oportunidad para crecer y realizar metas.

Agradecimientos

Quiero aprovechar esta oportunidad para expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas las personas que de un modo u otro me han apoyado en la realización de este trabajo académico.

De manera muy especial a mis padres, por su apoyo incondicional y fundamental en mi formación profesional, quienes a la distancia supieron siempre transmitirme su confianza y aliento para realizarme como profesional.

Por ultimo quiero agradecer la colaboración de la madre y el niño a quien se evaluó y estimuló para fines de realización de este trabajo académico.

Índice

Pensamientos ii

Dedicatoria iii

Agradecimientos iv

Índice v

Índice de Tablas viii

Resumen ix

Abstract x

I. Introducción 1

1.1. Descripción del problema 3

1.2. Antecedentes 3

1.2.1. Antecedentes nacionales 3

1.2.2. Antecedentes internacionales 4

1.2.3. Fundamentación teórica 6

1.2.3.1. Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL 6

1.2.3.1.1. Historia y origen 6

1.2.3.1.2. Definición 7

1.2.3.1.3. Clasificación 8

1.2.3.1.4. Criterios diagnósticos 13

1.2.3.1.4. Teorías explicativas 14

1.2.3.2. Estimulación cognitiva 16

1.2.3.2.1. Definición 16

1.2.3.2.2. Bases neurobiológicas de la estimulación cognitiva 17

1.2.3.2.3. La estimulación cognitiva y sus efectos positivos en el cerebro 18

1.2.3.3. Rehabilitación Neuropsicológica 18

1.2.3.3.1. Definición 18

1.2.3.3.2. Estrategias 19

1.2.3.4. Rehabilitación neuropsicológica y estimulación cognitiva 21

1.2.3.5. Programas de estimulación neuropsicológica 22

1.3. Objetivos 23

1.3.1. Objetivo general 23

1.3.2. Objetivos específicos 23

1.4. Justificación 24

1.5. Impactos esperados del trabajo académico 24

II. Metodología 25

2.1. Tipo y diseño de investigación 25

2.2. Ámbito temporal y espacial 25

2.3. Variables de investigación 25

2.4. Participante 26

2.5. Técnicas e instrumentos 26

2.5.1. Técnicas 26

2.5.2. Instrumentos 26

2.5.3. Evaluación neuropsicológica 32

2.5.3.1. Etapa preliminar 32

2.5.3.2. Etapa de investigación selectiva de funciones superiores 35

2.5.3.3. Interpretación psicométrica 35

2.5.3.4. Informe neuropsicológico final 36

2.6. Intervención neuropsicológica 51

2.6.1. Propuesta de un programa de estimulación neuropsicológica 51

2.6.2. Procedimiento 54

2.6.3. Programa de estimulación neuropsicológica 56

2.7. Consideraciones éticas 78

2.8. Resultados cuantitativos post test 78

III. Resultados 81

3.1.Análisis de resultados 81

3.2.Discusión de resultados 82

3.3.Seguimiento 88

IV. Conclusiones 89

V. Recomendaciones 90

VI. Referencias 91

VII. Anexos 102

Índice de Tablas

TABLA 1	Clasificación del TEL según Rapin (1996)	9
TABLA 2	Propuestas de clasificación del TEL	15
TABLA 3	Resultados cuantitativos WPPSI	40
TABLA 4	Resultados cuantitativos Test Raven	42
TABLA 5	Resultados cuantitativos CUMANIN	43
TABLA 6	Resultados cuantitativos Test Gardner	45
TABLA 7	Resultados cuantitativos Test Peabody	46
TABLA 8	Resultados cuantitativos Test Melgar	46
TABLA 9	Errores de articulación de fonemas	47
TABLA 10	Errores de articulación de mezclas de fonemas	47
TABLA 11	Errores de articulación de diptongos	48
TABLA 12	Errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de fonemas	48
TABLA 13	Perfil Cognitivo pre test	52
TABLA 14	Calendarización del ciclo de estimulación	54
TABLA 15	Perfil Cognitivo post test	77
TABLA 16	Resultados cuantitativos del pre test y post test	80

Resumen

El trastorno especifico del lenguaje se considera un retraso innato en la capacidad de adquisición, manejo, expresión o comprensión del código lingüístico, el cual conlleva a dificultades funcionales en las diferentes áreas de la vida del niño que la padece, es por ello que es necesario contar con propuestas de programas de estimulación neuropsicológica para el tratamiento oportuno y eficaz del TEL predominantemente expresivo sobretodo en la etapa preescolar. Por lo tanto, el objetivo del presente trabajo es realizar una intervención neuropsicológica para un paciente de 5 años con TEL de un centro de salud de Huancayo. El tipo de investigación es empírico y el diseño es observacional de caso único. Los resultados del pre test muestran que el niño presentaba dificultades articulatorias y de pronunciación de fonemas, mezclas de fonemas y diptongos y cometía errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de los fonemas integrados en las palabras, asimismo presentaba dificultades para articular y repetir palabras y frases y formar frases y oraciones a partir de una palabra o fluidez verbal, haciendo de sus enunciados incomprensibles, sin embargo, la comprensión es normal. Con la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica propuesto los resultados del post test demuestran que el niño mejoro su capacidad articulatoria y de pronunciación de algunos fonemas, una mezcla de fonemas y dos diptongos, comete menos errores de sustitución de fonemas integrados en las palabras, pero continúa cometiendo los mismos errores de distorsión, adición y omisión. Asimismo, no se lograron avances significativos en la fluidez verbal.

Palabras clave: trastorno especifico del lenguaje, programa de estimulación neuropsicológica, rehabilitación neuropsicológica

Abstract

The specific language disorder is considered an innate delay in the ability to acquire, manage, express or understand the linguistic code, which leads to functional difficulties in the different areas of the life of the child who suffers from it, which is why it is necessary have proposals for neuropsychological stimulation programs for the timely and effective treatment of predominantly expressive SLI, especially in the preschool stage. Therefore, the objective of this work is to perform a neuropsychological intervention for a 5 years old patient with SLI from a health center in Huancayo. The type of research is empirical and the design is observational single case. The results of the pre-test show that the child presented difficulties in articulation and pronunciation of phonemes, mixtures of phonemes and diphthongs and made errors of substitution, omission, addition and distortion of the phonemes integrated in the words, as well as difficulties in articulating and repeating words. and phrases and form phrases and sentences from a word or verbal fluency, making their statements incomprehensible, however, understanding is normal. With the application of the proposed neuropsychological stimulation program, the results of the post test show that the child improved his articulation and pronunciation capacity of some phonemes, a mixture of phonemes and two diphthongs, he makes fewer errors of substitution of phonemes integrated in the words, but he continues to make the same errors of distortion, addition and omission. Likewise, no significant progress was made in verbal fluency.

Keywords: specific language impairment, neuropsychological stimulation program

I. INTRODUCCIÓN

El estudio del trastorno especifico del lenguaje -TEL viene ocupando desde hace algunos años un lugar importante en la investigación, por las dificultades que provoca en el sistema del lenguaje y las limitaciones funcionales relacionadas al mismo (Acosta-Moreno et al., 2012). En este sentido y partiendo de la definición del lenguaje que es un sistema de códigos (Luria, 1977) propios de una comunidad lingüística que hace posible la interacción comunicativa (Lecours y Lhermitte, 1979, citado en Peña, 1988), el trastorno especifico del lenguaje-TEL hace referencia a un retraso innato en el proceso en el cual se adquiere y maneja el código lingüístico (Narbona y Chevrie, 2001; Crespo y Narbona, 2006) en la que, los niños que la padecen presentan problemas para el aprendizaje y uso de las destrezas de codificación (expresión) y descodificación (comprensión) en el ámbito de la lingüística (Aguilera y Orellana, 2017).

De acuerdo a la Asociación Disfasia Sevilla (ADISSE, 2007) la prevalencia del TEL generalmente fluctúa entre el 3% a 10 % de los niños en la etapa escolar (3 a 5% correspondiente a TEL expresivo y 3 a 5% correspondiente a TEL expresivo-receptivo). Asimismo, se menciona una mayor incidencia en varones (proporción 2:1) (Acosta-Moreno et al., 2012). En un estudio realizado en América Latina, constatan que en los niños de sectores pobres existe una mayor prevalencia de alteraciones en el desarrollo psicomotor, predominantemente alteraciones en el área del lenguaje (67,3%) (Terra, 1994, citado en Aguilar, 2013), de la misma manera en un estudio realizado en Perú, se constata la mayor prevalencia en las alteraciones del desarrollo psicomotor en niños de edades entre 0 a 5 años pertenecientes a sectores pobres, especialmente alteraciones en el área del lenguaje (51,2%) (Kanashiro, 1997, citado en Aguilar, 2013).

Por otro lado, según las estadísticas del 40% al 60 % de niños que presentaban TEL en la etapa preescolar, seguían presentando dificultades en la etapa escolar y el 50% de niños que tenían

TEL a los 6 años, seguían teniendo dificultades en la etapa adulta (ADISSE, 2007). Según Conti y Botting (2008), los niños con trastorno especifico del lenguaje se enfrentan con mayores dificultades en el ámbito escolar, sobre todo en el aprendizaje de la lectoescritura, que va acompañado conjuntamente con problemas de conducta y ajuste psicosocial. En este sentido, el TEL lleva consigo una serie de dificultades y limitaciones para los niños en la edad preescolar, ya que el lenguaje es una herramienta fundamental para la interacción con el medio social y el aprendizaje escolar.

A este respecto y tomando en cuenta las dificultades y limitaciones que provoca el TEL, se hace necesario enfatizar en la realización de una adecuada evaluación neuropsicológica y diagnóstico, siguiendo los diversos criterios clínicos para la elaboración del perfil neuropsicológico y la propuesta de un programa de intervención acorde a las dificultades encontradas en cada caso, para de esta manera paliar las consecuencias provocadas por el TEL y mejorar la capacidad funcional, independencia e integración social del niño que la padece. Con este fin, el presente estudio tiene como finalidad diseñar un programa de estimulación neuropsicológica en un niño con TEL de un centro de salud de Huancayo, la descripción de la evaluación neuropsicológica realizada, el proceso diagnóstico, la elaboración del perfil neuropsicológico y la propuesta de un programa de intervención acorde a las dificultades que presenta el niño, es así que el trabajo está organizado en los siguientes puntos importantes como son: descripción del problema, antecedentes de estudio, fundamentación teórica, objetivos, tipo y diseño de investigación, técnicas e instrumentos de evaluación, resultados (perfil neuropsicológico del pre test), plan y propuesta de intervención y discusión de resultados. Como consideraciones finales se dan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

1.1. Descripción del problema

Paciente de 5 años de edad, sexo masculino con N° de historia clínica 21254, nacido el 17 de setiembre del 2016 en la ciudad de Huancayo, Región Junín-Perú, acude a consulta en compañía de su madre quien refiere que su menor hijo presenta dificultades para hablar, su articulación es inadecuada pues tiende a sustituir, omitir, adicionar y distorsionar los fonemas en las palabras y omitir silabas en sus enunciados, provocando que no se le entienda cuando intenta expresar lo que piensa. La madre manifiesta que a pesar de haber realizado el esfuerzo por estimularle el lenguaje el niño continúa igual. Al año de edad pronunciaba algunas silabas como "ya", "ma", "pa", a los dos años continuaba igual y a los tres años hasta la actualidad aumento su vocabulario expresivo, pero con alteración en su articulación e ininteligibilidad en sus expresiones, sin embargo, su comprensión es adecuada.

1.2. Antecedentes

1.2.1. Antecedentes nacionales

Alarcón (2018) efectúo en Lima-Perú un estudio de caso de una niña de 5 años con Trastorno Específico del Lenguaje-TEL, con el objetivo de diseñar un plan de evaluación e intervención para el caso presentado. La metodología utilizada fue diseño de caso único. Los resultados obtenidos muestran que en el componente léxico-semántico la niña mejoro la comprensión y expresión de conceptos y relaciones de significado entre palabras al establecer asociaciones por categoría semántica, así como asociaciones por complementariedad y seguir instrucciones complejas basadas en seleccionar objetos de entre varios y ejecutar una acción. Llegaron a la conclusión que, en el componente fonético-fonológico, la niña logro la correcta articulación del fonema /l/, además de una mejor discriminación y adecuada verbalización de palabras que difieren de los fonemas /l/ y /n/ en coda silábica.

Lagunas (2018) llevo a cabo en Lima - Perú un estudio de caso de un niño de 4 años y un mes con Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL, cuyo objetivo fue diseñar un plan de evaluación e intervención para el abordaje del TEL en un caso clínico, priorizando los componentes léxico, semántico y morfosintáctico. En cuanto a la metodología se emplearon sistemas de facilitación directos e indirectos y las actividades siguen un carácter lúdico. Los resultados indican que el niño es capaz de identificar y verbalizar el vocabulario de las categorías semánticas programadas, realizar instrucciones complejas y elaborar estructuras de dos elementos que contengan sustantivo y verbo. Como conclusión se muestra que en el componente léxico-semántico el niño evidencia avances significativos en cuanto al desarrollo del vocabulario comprensivo y expresivo de las categorías semánticas trabajadas y sigue instrucciones complejas con ayuda, mientras que en relación al componente morfosintáctico utiliza estructuras sintácticas de dos elementos.

1.2.2. Antecedentes internacionales

Martin (2021) realizó en España un estudio sobre el Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL y la lectura: Propuesta de intervención neuropsicológica, la cual fue diseñada para estimular la conciencia fonológica en el primer curso de educación primaria. El objetivo del estudio fue diseñar una propuesta de intervención neuropsicológica dirigida a mejorar el proceso lector a traves de la estimulación de la conciencia fonológica en el primer curso de educación primaria conalumnos de desarrollo normotípico y un infante diagnosticado con Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL. Se hizo uso de una metodología activa y los principios metodológicos que se emplearon son el aprendizaje cooperativo y el juego didáctico. Los resultados han demostrado queel programa de intervención individual para el caso presentado es eficaz, ya que se lograron alcanzar los objetivos planteados.

Montes y Salazar (2018) llevaron a cabo en Colombia un estudio sobre los efectos de un programa de intervención en el lenguaje sobre la comprensión lectora de niños diagnosticados con Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL, estudio de caso. El objetivo del estudio fue determinar los efectos de un programa integral de estimulación del lenguaje en la comprensión lectora de niños diagnosticados con TEL. La investigación es un estudio de caso múltiple, con diseño cuasi experimental de enfoque mixto y de corte longitudinal, la muestra consistió en 3 niños con diagnóstico de TEL. Los resultados mostraron avances significativos al comparar el rendimiento en el pre test y post test, llegando a la conclusión que la estimulación a traves del programa integral del lenguaje influyo positivamente en las competencias comprensivas lectoras de la población.

López (2018) ejecutó en España un estudio sobre la atención temprana en déficits lingüísticos: TEL, siendo el objetivo presentar el caso de un alumno de 5 años con TEL, realizar una revisión bibliográfica y diseñar una propuesta de intervención para el caso presentado enfocándose en el trabajo de los componentes fonológico, léxico, morfosintáctico y pragmático del lenguaje. Se utilizó una metodología didáctica, en la que se programó una serie de actividades que constan de objetivos, desarrollo, recursos, materiales y una temporalización. Los resultados fueron positivos ya que el alumno mejoro los procesos básicos cognitivos y amplio su vocabulario, sin embargo, a nivel expresivo continua las dificultades relacionadas a la articulación, es decir hubo mejoras más significativas en el componente léxico que en el fonológico, no registrándose avances en los demás componentes como el morfosintáctico y pragmático.

Viela (2017) efectuó en España un estudio sobre una propuesta de intervención para un alumno con TEL, cuyo objetivo fue realizar una revisión bibliográfica y elaborar una propuesta de intervención para el caso presentado con la finalidad que mejore su vocabulario y morfosintaxis, se utilizó la metodología lúdica y los resultados muestran que hubo mejoría en el vocabulario, sin

embargo en la estructuración de oraciones no hubo mejoras, ya que se requiere de una intervención más larga y constante para lograr resultados favorables y notables.

Jordán y Rodríguez (2016) realizaron en México la Propuesta de un Manual de Intervención para niños con TEL, cuyo objetivo es conseguir un apropiado acceso al lenguaje englobando aspectos lingüísticos, sociales y cognitivos que dificulten o faciliten procesos en los diferentes componentes del lenguaje. En cuanto a la metodología usaron las conceptualizaciones que forman parte de la Teoría Socio-Histórica tales como el andamiaje, zona de desarrollo próximo y el modelamiento. Los resultados muestran que se lograron alcanzar los objetivos planteados y respecto a la aplicación de la propuesta del manual de intervención a un caso clínico, un niño de 4 años diagnosticado con TEL, los resultados mostraron avances en los componentes fonético-fonológico y semántico, pero no de manera óptima, ya que concluyen que el niño requiere de mayor estimulación del lenguaje para lograr resultados óptimos.

1.2.3. Fundamentación Teórica

1.2.3.1. Trastorno específico del lenguaje – TEL

A. Historia y origen. Durante los años se utilizaron diferentes terminologías para hacer referencia a los trastornos específicos del lenguaje. Es en Europa que se usó por primera vez el término “Disfasia” para referirse al actual Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL) y en los años 50 se realizaron las primeras publicaciones sobre los trastornos del lenguaje en niños, en el que se utilizaba los conceptos teóricos de la afasia para explicar la patología infantil (Ubeda, 2017).

En un primer momento fue llamado “afasia evolutiva” para describir a un conjunto de trastornos receptivos o productivos-receptivos que tenían similitud con las características sintomatológicas de las afasias en adultos. Seguidamente se denominó “retraso en el lenguaje”, en el que incluida dos tipos: El retraso primario en el lenguaje (que se caracterizaba por retraso en la

adquisición de las capacidades lingüísticas según la edad cronológica sin causa biológica o psicológica subyacentes) y el retraso secundario del lenguaje (que hace referencia a un retraso en las capacidades lingüísticas debido a causas psicológicas, neurológicas o motoras). Obviamente, el TEL se encuentra dentro del retraso primario del lenguaje.

El primer tipo "retraso primario del lenguaje" se subdividió en 2 tipos: retraso simple del lenguaje (se da hasta los 6 años y es un retraso en el aprendizaje del lenguaje evolutivo) y disfasia infantil (se da a partir de los 6 años y se caracterizaba por un déficit del lenguaje en evolución). Estos dos tipos de retrasos primarios del lenguaje fueron bien incluidos en la literatura científica, sin embrago, hubo muchas críticas al respecto sobre todo por el límite de edad ya que los niños tienen diferentes ritmos de evolución, además las características del retraso simple del lenguaje se podían encontrar también en la disfasia infantil y viceversa. Por ello, se "empezó de cero" y a partir de la propuesta de varios autores sumado a las sugerencias de la American Speech LanguageHearing Association (ASHA, 1980) se originó el termino Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL(Úbeda, 2017), término acuñado por los autores Bishop y Leonard (2001), marcando así el inicio de lo que sería el Trastorno Especifico del Lenguaje.

Es así que en el siglo XX la disfasia fue tratada por diferentes autores, llegando a llamar al Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL) de diferentes maneras como: "Trastorno grave de la adquisición del lenguaje, afasia congénita expresiva, Audio-Mudez (sensorial y motriz), dispraxia verbal, agnosia verbal auditiva, sordera verbal congénita, alalia (sensorial y motriz), disfasia mnésica y receptiva" (Puebla-López et al., 2013, p. 414).

B. Definición. Según la ASHA (1980) define al TEL como una defectuosa adquisición, expresión o comprensión del lenguaje escrito o hablado. La dificultad puede incluir a uno, algunos

o todos los componentes del lenguaje como son: el fonológico, sintáctico, semántico, morfológico o pragmático.

Jeron y Aguilar (1993) lo define como desorganización del lenguaje evolutivo, el cual no se debe a causas como: deficiencia mental, problemas motores, deficiencia auditiva, alteraciones emocionales o de personalidad.

Narbona y Chevrie (2001) menciona que el TEL representa un retraso en la adquisición del lenguaje y un desarrollo lento del mismo, que no puede estar relacionado a deficiencias sensoriales, motoras, retraso mental, trastornos psiquiátricos o lesiones cerebrales.

Crespo y Narbona (2006) califica al TEL o disfasia como "una dificultad innata, duradera y relativamente autónoma para la adquisición y manejo del código lingüístico" (p. 193).

Bishop-Snowling et al. (2016) menciona que el panel CATALISE (Criteria and Terminology Applied to Language Impairments: Synthesizing the Evidence) concertó que el TEL es una dificultad del lenguaje que se presenta tempranamente y provoca dificultades funcionales significativos, que usualmente coexisten con otras dificultades no lingüísticas y cuya etiología no está relacionada con causas biomédicas.

Con todo ello podemos definir al TEL como un retraso innato para la adquisición, manejo, expresión o comprensión del código lingüístico y un desarrollo lento del mismo, el cual es duradero y relativamente autónomo, que provoca dificultades funcionales significativas y no se debe a causas biomédicas.

C. Clasificación. La clasificación más conocida la dio la autora Isabelle Rapin en el año 1996 como una propuesta de mejora a la clasificación que había presentado años atrás con su

colega Doris Allen. Esta clasificación incluye tres tipos de TEL o disfasia, que engloban seis síndromes. Los cuales son:

Tabla 1

Clasificación del Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL según Rapin (1996)

I.-Trastornos Predominantemente Expresivos	II.-Trastorno mixto o receptivo-comprensivo	III.-Trastorno del procesamiento de orden superior
A.-Dispraxia verbal	C.-Agnosia auditivo verbal	E.-Déficit léxico
B.-Déficit de la programación fonológica	D.-Déficit fonológico sintáctico	F.-Déficit semántico pragmático

Nota. Esta tabla muestra la clasificación del Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL. Adaptada de "Developmental language disorders: A clinical update", por Rapin, 1996, *Child Psychology Psychiatry.* 37(6).

C1. Trastornos predominantemente expresivos

En este tipo de TEL existen marcadas dificultades en la fonología y la sintaxis, siendo así que el habla es casi o completamente ininteligible, presentan un vocabulario reducido y la comprensión es normal o aproximadamente normal. Han sido tipificados por Rapin y Allen (1998) considerando a la fluidez verbal como referencia.

Dentro de este grupo se encuentran los siguientes síndromes:

a. Síndrome de dispraxia verbal. Es un trastorno del lenguaje que presenta una programación alterada de la producción oro-motora, siendo así que las imágenes acústicas de las palabras no pueden convertirse en ordenes motoras, presentando así una afectación de la articulación.

Los déficits expresivos que presentan estos niños son: escasa fluidez verbal, producción aislada de palabras, utilización de representaciones verbales reducidas: ausencia o deformación de consonantes, inexistencia de sintagmas o frases (Rapin, 1996).

b. Síndrome de déficit de programación fonológica. Exhibe las siguientes peculiaridades: La producción de expresiones es relativamente larga y el nivel de vocabulario expresivo admisible (Crespo y Narbona, 2006) sin embargo, existen déficits fonológicos ya que se producen fonemas y silabas de manera aislada los cuales se desestructuran u omiten cuando se combinan en palabras y/o frases, presentando dificultades articulatorias, de pronunciación y errores de secuenciación lo que hace incomprensible su habla, por lo tanto no producen discursos o narraciones de manera coherente (Rapin, 1996; Castaño, 2002; Crespo y Narbona, 2006), la articulación mejora en actividades de repetición no siendo así en la emisión espontanea (Crespo y Narbona, 2006). Por otro lado, su comprensión es normal o aproximadamente normal (Rapin, 1996).

C2. Trastorno mixto o receptivo-comprensivo

En el aspecto de la recepción, en los síndromes mixtos puede existir cierto grado de sordera adquirida, si bien existe la conciencia del habla, esta se pierde total o parcialmente, a menos que se haga un esfuerzo máximo por mantenerla (Rapin, 1996)

a. Síndrome de agnosia auditivo verbal. Es un tipo de sordera verbal, que se caracteriza por lo siguiente:

- ✓ Hay un déficit en la decodificación fonológica, por lo que no hay comprensión del habla, siendo estos niños prácticamente "mudos".
- ✓ Desarrollan un lenguaje visual para compensar sus déficits, utilizando por tal motivo de manera frecuente el lenguaje gestual, la lectura, la computadora, etc.
- ✓ Los que en cierto grado superan el problema, su fonología y comprensión son defectuosas (Rapin, 1996)**.**

b. Síndrome fonológico-sintáctico. Este síndrome es menos severo que el síndrome de agnosia auditiva verbal. Se caracteriza por:

- ✓ La comprensión es mejor que la expresión, pero no es del todo normal.
- ✓ Usan enunciados "telegráficos", habiendo ausencia de aspectos morfológicos y de palabras funcionales como: artículos, conjunciones, preposiciones y pronombres.
- ✓ Su vocabulario es limitado.
- ✓ Tiene dificultades de denominación, el cual se manifiesta por el uso de parafasias, sobre todo las fonológicas más que las semánticas.
- ✓ Uso defectuoso de las categorías, habiendo sustitución de uno por el otro (Rapin, 1996).

C3. Trastorno del procesamiento de orden superior.

Presentan los siguientes rasgos:

- ✓ Son menos notables en comparación con síndromes expresivos.
- ✓ Producen oraciones fonológica y sintácticamente acertadas.
- ✓ Graves dificultades semánticas y pragmáticas (Rapin, 1996).

a. Déficit léxico. Presenta las siguientes características:

- ✓ Presenta dificultades en la comprensión de oraciones complejas.
- ✓ La fluidez verbal se presenta en ocasiones con un "pseudo-tartamudeo" por las dificultades de evocación.
- ✓ El desarrollo fonológico y la articulación son normales.
- ✓ Demuestra dificultades en el aspecto léxico, morfológico y en el recuerdo de las palabras.

b. Déficit semántico-pragmático. Se caracteriza por lo siguiente:

- ✓ Hay graves dificultades de comprensión de enunciados complejos y de discursos.
- ✓ Su fluidez y articulación son normales.
- ✓ Existe dificultades en el desarrollo semántico como: confundirse en los tiempos verbales y los pronombres, desorganización semántica del discurso y déficit de recuperación lexical.
- ✓ En el lenguaje espontaneo hay problemas gramaticales, ya que abundan los modismos y enunciados incompletos.
- ✓ Suelen ser hiperverbales, pero con defectos pragmáticos en relación al aspecto funcional de la conversación, pues suelen expresar circunloquios, ecolalias, estereotipias verbales, preguntas recurrentes (Rapin, 1996).

Crespi (2011) menciona que existen dos tipos de TEL: TEL expresivo y la TEL comprensivo o receptivo.

a. TEL expresivo. En este tipo de TEL está afectada la expresión del lenguaje, el cual aparece tardíamente y sus enunciados contienen pocas palabras siendo ininteligibles para personas externas al entorno familiar. Asimismo, no se observa enunciados elaborados espontáneamente que contengan varias palabras (Crespi, 2011).

b. TEL comprensivo o receptivo. En este tipo de disfasia la comprensión del código lingüístico está afectado, hay déficits de decodificación fonológica, pero estas son mínimas, asimismo, presentan dificultades para comprender frases complejas y enunciados abstractos, dando respuestas fuera de lugar al contexto de las preguntas formuladas (Crespi, 2011).

Por otro lado, en base a la propuesta de Conti (2000) existen dos formas clínicas del TEL:

a. El trastorno de la forma. Relacionado a la limitación léxica y la afectación del contenido del lenguaje, dentro de esta forma clínica se encuentran dos tipos de trastornos como son: trastorno expresivo y el trastorno mixto (con afectación mayor de contenido).

b. El trastorno relacionado al uso del lenguaje. Es notoriamente verificable en la interacción comunicativa, con afectación del contenido del lenguaje y el uso de los componentes del mismo.

D.- Criterios diagnósticos

El diagnóstico de Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL, se da por los siguientes indicadores generales que van acorde a los criterios clínicos de diversos autores (DSM-V; CIE-10; Puebla-López et al., 2013; Acosta-Moreno et al., 2012; Bishop-Snowling et al., 2016):

- ✓ El inicio de síntomas se produce en un momento temprano del desarrollo.
- ✓ Las aptitudes del lenguaje esta cuantificable y sustancialmente por debajo de lo esperado en función de la edad.
- ✓ Las dificultades no son atribuibles a una deficiencia sensorial, física y otra condición médica o neurológica y no se explica con discapacidad intelectual.

Respecto al CI no Verbal, autores como Leonard (1998) y Stark y Tallal (1981) proponen que debe ser igual o mayor a 85 acorde a pruebas de inteligencia no lingüística. Sin embargo, Bishop (2017) recomienda no establecer un CI no Verbal mínimo ya que existe alta variabilidad de estos puntajes en los niños con TEL, demostrando que el CI no Verbal no es un predictor del crecimiento del lenguaje (Campos y Halliday, 2020). Por otra parte, Acosta-Moreno et al. (2012), sostiene que el coeficiente intelectual general no debe ser menor a 85.

En cuanto a la edad en la que se puede diagnosticar el TEL, autores como Acosta-Moreno et al. (2012) mencionan que el TEL evoluciona entre los 48-60 meses y según Bishop-Snowling

et al. (2016), sostiene que el diagnóstico definitivo debe ser a partir de los 5 años de edad, debido a la inestabilidad de las dificultades tempranas del lenguaje.

Los criterios diagnósticos para el TEL tipo Expresivo se da por las siguientes características acorde al CIE-10, Castaño (2002), Crespo y Narbona (2006) y la clasificación de Rapin (1996):

- ✓ La capacidad del niño para el uso del lenguaje expresivo está por debajo de lo esperado en función de la edad.
- ✓ Dispraxia verbal: alteración de la articulación, ausencia o deformación de consonantes, inexistencia de sintagmas o frases.
- ✓ Déficit de programación fonológica: producción de fonemas y silabas de manera aislada los cuales se desestructuran u omiten cuando se combinan en palabras y/o frases, presentando dificultades articulatorias, de pronunciación y errores de secuenciación lo que hace incomprensible su habla, por lo tanto, no producen discursos o narraciones de manera coherente.
- ✓ La comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales.

E. Teorías explicativas

E1. Teoría del déficit en los procesos o mecanismos de adquisición gramatical

Esta teoría menciona que existe déficit a nivel de procesamiento de información lingüística (Mendoza, 2001), en la que las competencias lingüísticas están intactas, pero los mecanismos para convertirla en habla, fallan (Monfort y Juarez, 1993), no estando afectadas las estructuras cerebrales competentes a las funciones del lenguaje.

Según esta teoría los principales procesos implicados en la adquisición de la gramática están alterados. Estos procesos son los siguientes:

a. Bootstrapping semántico. El niño deduce los roles sintácticos (sujeto, predicado, etc.) a partir de los roles semánticos (relación predicado-argumento, agente, paciente, etc.)

b. Bootstrapping sintáctico. El niño hace inferencia de los principios gramaticales a partir del conocimiento que tiene de cómo se ordenan las palabras en una oración y de cómo se conectan entre sí (Aguado, 1999).

Tabla 2

Propuestas de clasificación del TEL

Autores	Propuestas de clasificación del TEL
Korkman y Hakkinen (1994)	Trastorno global Dispraxia verbal De comprensión Disnómico
Gerard (1993)	Síndrome fonológico sintáctico Trastorno de producción fonológica Disfasia kinésico-aferente Disfasia receptiva Disfasia mnésica (léxico-sintáctica) Disfasia semántico-pragmático
Aguado (2011)	Agnosia auditivo-verbal Trastorno fonológico-sintáctico Trastorno por déficit de la programación fonológica Trastorno semántico-pragmático Trastorno del espectro autista fluente y no fluente
Mendoza (2016)	TEL: TEL-E (trastorno especifico del lenguaje expresivo) TEL-ER (trastorno especifico del lenguaje expresivo-comprensivo)
CIE-10	Trastorno de la expresión del lenguaje (F80.1) Trastorno de la comprensión del lenguaje (F80.2)
DSM-IV-TR	Trastorno del lenguaje expresivo (315.31) Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (315.32)

Nota. Esta tabla muestra las propuestas de clasificación del TEL según varios autores. Elaboración propia.

Producto de estas disfunciones los niños con TEL presentan dificultades a nivel expresivo, que pueden repercutir en la integración fonológica, conciencia sintáctica, memoria a corto plazo y de manera muy secundaria a la comprensión (Monfort y Juarez, 1993).

E2. Teoría explicativa del componente fonético-fonológico

Esta teoría hace referencia a que los niños con TEL presentan dificultades para procesar en forma auditiva los estímulos lingüísticos que son presentados con mayor velocidad, pero no presentan dificultades cuando estos son presentados lentamente (Tallal y Piercy, 1973; Tallal y Piercy, 1975; Tallal y Stark, 1976, citados en Bardales, 2006). Por lo tanto, los investigadores manifiestan que el déficit subyacente del TEL más que ser un problema cognitivo es un problema perceptivo, es decir, un déficit auditivo perceptivo de los inputs lingüísticos, el cual consiste en un déficit para percibir secuencias de sonidos breves de manera rápida en un habla sintetizada (Carballo, 2001, citado en Bardales, 2006).

1.2.3.2. Estimulación cognitiva

A. *Definición*. Son el conjunto de estrategias y técnicas dirigidas a optimizar el funcionamiento cognitivo de manera general o solo de algunos de sus procesos existentes (atención, percepción, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, etc.), ya sea en personas sanas o con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central, a traves de una serie de actividades que se estructuran dentro de los programas de entrenamiento cognitivo (Ginarte, 2002; World Health Association [WHO], 2001).

Una de las principales funciones de la estimulación cognitiva es trabajar las capacidades que aún se conservan o las que están aún preservadas (Francés-Baradiaran et al., 2003) y actúa sobre individuos con algún tipo de alteración, retraso, déficit o deterioro cognitivo significativo (Villava y Espert, 2014), teniendo como base científica los conocimientos aportados por la

neuropsicología y la psicologia cognitiva, así como los principios y teorías sobre el aprendizaje y la motivación (Francés-Baradiaran et al., 2003).

B. ***Bases neurobiológicas de la estimulación cognitiva.*** La estimulación cognitiva se fundamenta en las siguientes bases neurobiológicas:

B1. Reserva cognitiva. Es la capacidad del cerebro de tolerar una lesión cerebral sin que aparezcan signos cognitivos-conductuales, asimismo, a una mayor reserva cognitiva mayor retraso de la expresión clínica de procesos neurodegenerativos (Riley-Snowdon et al., 2003). La reserva cognitiva se desarrolla producto de los efectos de la educación, actividad cognitiva, complejidad laboral, estilo de vida, actividades de ocio, actividad física y social (Díaz-Buiza et al., 2010).

B2. Neuroplasticidad. Es la capacidad del cerebro de adaptar su funcionamiento y estructura de acuerdo a los cambios del entorno, así como reestablecer su equilibrio tras una lesión (kolb-Mohamed et al., 2010). Existen tres formas de plasticidad, las cuales son: la neurogénesis, la plasticidad sináptica y la plasticidad funcional compensatoria.

a. La plasticidad sináptica. Es la comunicación entre neuronas o la transmisión sináptica que se refuerza a traves de la práctica y el aprendizaje (Zehndera-Martina et al., 2009).

b. La neurogénesis. Es la producción de nuevas neuronas después del nacimiento, ello con la finalidad que el cerebro mantenga su capacidad neuronal (Sanai- Nguyen et al., 2009).

c. La plasticidad funcional compensatoria. La reserva cerebral que se da bien por un mayor número de neuronas, diversidad de conexiones neuronales, por la cantidad de tejido funcional cerebral o por las estrategias cognitivas de resolución de problemas de la persona, que permite la preservación de las habilidades cognoscitivas, compensan los déficits y disminución de la plasticidad sináptica producto del envejecimiento (Tarrega, 1998).

B3. La dependencia de uso. Se refiere a que las únicas sinapsis que persisten en el tiempo son las que se usan reiterativamente, pero las sinapsis que no se usan se eliminan por falta de uso (Mahieux y Gely, 1997)

C. ***La estimulación cognitiva y sus efectos positivos en el cerebro.*** La estimulación cognitiva produce varios efectos positivos en el cerebro, entre ellos la inducción de la plasticidad cerebral, el cerebro se hace más susceptible de cambiar su funcionamiento y estructura, aumentando el número de conexiones neuronales, lo cual hace que el individuo se adapte mejor al medio. Asimismo, la estimulación cognitiva produce el nacimiento de nuevas neuronas, es decir, produce la neurogénesis y una mayor reserva cognitiva, ya que se optimizan las capacidades cognitivas (Villalva y Espert, 2014).

1.2.3.3. Rehabilitación neuropsicológica

A. Definición. Almli y Finger (1984, citado por León, 1995) refiere que la rehabilitación neuropsicológica es la utilización de estrategias para reestablecer la perdida y deterioro de funciones ocasionadas por una lesión cerebral.

Sholberg y Mateer (1989) definió a la rehabilitación neuropsicológica como un proceso terapéutico enfocado a incrementar la capacidad de un individuo para utilizar y procesar la información adecuadamente a nivel cognitivo y mejorar su habilidad funcional a nivel conductual en la vida diaria.

Wilson (1989) lo definió como un proceso en el cual se alivia o remedia los procesos cognitivos dañados producto de una lesión cerebral.

Ponsford-Sloan et al. (1995) y Sholberg y Mateer (2001) sustentan que la rehabilitación neuropsicológica es la aplicación de técnicas, procedimientos y apoyos para las personas con

déficits cognitivos, de tal manera que estos puedan reintegrarse de manera productiva, independiente y segura a sus actividades cotidianas.

Blázquez-Galparsoro et al. (2009) menciona que la rehabilitación neuropsicológica es una serie de actividades enmarcadas en la relación conducta-cerebro, destinadas a mejorar la funcionalidad del paciente.

Por lo tanto, para efectos del presente trabajo académico se considera a la rehabilitación neuropsicológica como un proceso terapéutico constituido por una serie de estrategas y actividades enfocadas a reestablecer la pérdida o deterioro de funciones provocadas por una lesión cerebral y de esa manera incrementar la capacidad de individuo para utilizar y procesar la información adecuadamente a nivel cognitivo y mejorar la funcionalidad a nivel conductual de paciente en la vida diaria.

C. Estrategias

Portellano y García (2014) sostienen que en la rehabilitación neuropsicológica existen 3 estrategias para mejorar el funcionamiento de las funciones de la actividad mental superior. Estas estrategias son: la restauración (reentrenamiento), la compensación y la sustitución (ayudas externas). La restauración y la compensación son técnicas netamente cognitivas ya que mejoran la eficiencia de las funciones cognitivas dañadas y las ayudas externas son técnicas de sustitución que reemplazan las funciones inhabilitadas. Según (Blázquez-Galparsoro et al., 2009) existen dos tipos de sustitución: la sustitución intrasistémica (que consiste en utilizar los niveles más básicos o más elevados dentro del sistema funcional para entrenar al paciente a realizar una tarea) y la sustitución intrasistémica (en el que se adiestra al paciente a utilizar otros sistemas funcionales diferentes a los dañados).

C1. Restauración. Interviene directamente sobre las funciones cognitivas alteradas, con el objetivo de que logren un rendimiento lo más óptimo posible (Anderson, 1994; Benedicy, 1989; Blázquez-Galparsoro et al., 2009), el cual consiste en el fortalecimiento de capacidades y reaprendizaje de funciones afectadas por el daño cerebral mediante la práctica repetida de actividades cognitivas (Park-Proulx et al., 1999; Cicerone, 2002; Portellano y García, 2014), siendo el reentrenamiento la base de la restauración, el cual es más eficaz en personas con lesiones neurológicas leves, en niños y en personas sanas sin lesión cerebral, y se fundamenta en el hecho de que cualquier actividad puede mejorar su ejecución mediante la práctica, siendo igual de eficaz en casos de déficits ligeros de atención, memoria o lenguaje (Portellano y García, 2014).

En el proceso de restauración se activa repetidamente las capacidades alteradas para poder recuperarlas. La restauración solo es eficaz si la función alterada no ha sido afectada completamente, lo que quiere decir que puede ser restauradas para su posterior consolidación. Cuando se estimulan los circuitos nerviosos alterados del sistema funcional en un daño cerebral ligero, esto hace que aumente el metabolismo en el área disfuncional, provocando crecimiento de las dendritas de las neuronas, también se activan funciones durmientes y se crean circuitos neuronales alternos. A parte de ello, el reentrenamiento reorganiza las funciones de las áreas afectadas, siendo por lo tanto la restauración una estrategia intrasistemica (Portellano y García, 2014).

C2. Compensación. Dirigida a potenciar las actividades funcionales o las habilidades preservadas, ya que se asume las funciones alteradas no podrán ser restauradas, para compensar las funciones que fueron dañadas. (Anderson, 1994; Benedicy, 1989; Blázquez-Galparsoro et al., 2009; Portellano y García, 2014).

Por lo tanto, las funciones dañadas pueden ser reemplazadas por otras que están preservadas y que pueden cumplir la misma función, siendo de esta manera la compensación una estrategia intersistémica (Portellano y García, 2014).

La compensación siempre es más efectiva cuando la plasticidad ya no puede restaurar las funciones dañadas o cuando el daño cerebral lleva un tiempo demorado de no ser tratado, también es eficiente en daños cerebrales moderados y en personas mayores (Portellano y García, 2014).

C3. Sustitución. Esta técnica consiste en reemplazar un sistema funcional mental inhabilitado producto de un daño cerebral severo, por un sistema alternativo (ayudas externas), en el cual se enseña al paciente como utilizarlas. Las ayudas externas con: las alarmas, los registros y los cambios en el ambiente donde vive el paciente. Es más frecuente su uso en casos de demencia y amnesia (Portellano y García, 2014).

1.2.3.4. Rehabilitación neuropsicológica y estimulación cognitiva

Para especificar la relación entre ambos términos, comenzaremos por mencionar que la rehabilitación neuropsicológica es un concepto más amplio que la estimulación cognitiva, ya que la primera incluye a la segunda, pues la rehabilitación neuropsicológica hace uso de 4 diferentes tipos de intervenciones como son: la rehabilitación cognitiva (en el cual está incluida la estimulación cognitiva), la modificación de conducta, la readaptación vocacional o profesional y la intervención con familias (Blázquez-Galparsoro et al., 2009).

En este sentido, podemos observar que la estimulación cognitiva es parte de la rehabilitación neuropsicológica, resaltando que la estimulación cognitiva actúa tanto en personas sanas o con algún tipo de retraso, déficit, alteración o deterioro cognitivo significativo o en personas con algún tipo de lesión en el sistema nervioso central (Villalva y Espert, 2014; Blázquez-Galparsoro et al., 2009). Y también es parte de la estrategia de restauración de rehabilitación

neuropsicológica, el cual se basa en el reentrenamiento o estimulación continuada para la mejora de la ejecución en casos de daño cerebral ligero, en personas sanas, niños o en casos de déficits de atención, memoria o lenguaje (Portellano y García, 2014).

En el presente trabajo académico, se hace uso de la estimulación cognitiva ya que se estimulará el lenguaje en el niño que se presenta como caso clínico, que muestra un retraso innato en la adquisición del mismo, para mejorar su desempeño sobre todo en los componentes fonético-fonológico y morfosintáctico.

1.2.3.5. Programas de estimulación neuropsicológica

Los programas de estimulación neuropsicológica hacen referencia a un grupo de métodos y estrategias cognitivas que tienen como finalidad mejorar el rendimiento de los pacientes no solo en el aspecto cognitivo, sino también en los aspectos conductual y emocional, ya que la intervención no solo se reduce a ejercicios de rehabilitación de las capacidades neuropsicológicas. En esta línea, mucho de los programas utilizan los ejercicios cognitivos para mejorar la dinámica grupal, pues permite la expresión de recursos cognitivos, sociales y afectivos de los integrantes del grupo (Peña, 1999).

Por otro lado, las investigaciones realizadas sobre la función cerebral han dado a conocer la necesidad de una adecuada evaluación, diagnostico, intervención y tratamiento con la colaboración de distintos ámbitos implicados en la función cerebral como son: áreas de medicina, fisiología, química y la comprensión de la cognición y comportamiento social. Las intervenciones propuestas a lo largo de los años y la recuperación de las funciones dañadas por la lesión cerebral han mejorado notoriamente, habiendo muchos factores que influyen en la recuperación y que tiene que ser tomados en cuenta en el proceso de intervención y en los programas de rehabilitación (Bruna-Roig et al., 2011).

Hasta la actualidad no hay un consenso respecto a sobre cuál es la metodología más adecuada para la implementación de los programas de rehabilitación neuropsicológica para cada persona afectada. Los primeros programas de rehabilitación se basaron en las teorías de Luria, cuyo modelo incluía actividades como: entrenamiento cognitivo grupal e individual, psicoterapia individual y grupal, educación especial, terapia de voz, fisioterapia, entrenamiento en relajación, lecturas, grupos familiares, consultas familiares y seguimiento (Bruna-Roig et al., 2011).

Para la aplicación de un programa de rehabilitación actual, se deben tomar en cuenta las siguientes recomendaciones los cuales son: aplicar el programa de rehabilitación neuropsicológica lo más pronto posible después de la lesión cerebral, evaluar las alteraciones mentales provocadas por la lesión basadas en la teoría científica e incluir a un equipo multidisciplinario en las áreas de tratamiento médico, psicológico y social (Bruna-Roig et al., 2011).

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

- Realizar una intervención neuropsicológica para un paciente con TEL de un centro de salud de Huancayo.

1.3.2. Objetivos específicos

- Mejorar la articulación y pronunciación de fonemas, mezclas de fonemas y diptongos.
- Disminuir errores de sustitución, adición, omisión y distorsión de fonemas integrados en las palabras.
- Desarrollar habilidades psicolingüísticas para optimizar la articulación, pronunciación y repetición de silabas, palabras y frases.
- Conseguir la adecuada formación de frases y oraciones y hacer de las expresiones más comprensibles.

1.4. Justificación

En el aspecto teórico, el presente trabajo aportara mayor conocimiento a la teoría de la rehabilitación neuropsicológica del Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL, enfocado a aplicar estrategias para la mejora en la ejecución de los componentes fonológico y sintáctico del lenguaje. Cabe mencionar que un buen porcentaje de niños que tienen TEL en los años preescolares continuaban presentando problemas en los años escolares, haciendo necesario tratar el TEL en los primeros años de escolaridad para la mejora del pronóstico y para lo cual es necesario contar con suficientes propuestas de rehabilitación neuropsicológica para un desempeño eficaz del lenguaje y así evitar consecuencias futuras, mejorando la capacidad funcional, independencia e integración social del niño que la padece.

En el aspecto practico, este trabajo servirá de guía a otros profesionales para la atención de niños con TEL predominantemente expresivo, así como contribuir a la recuperación del lenguaje, el cual es una herramienta indispensable para el adecuado desarrollo social y aprendizaje escolar**.**

1.5. Impactos esperados del trabajo académico

Con el presente estudio se pretende adquirir beneficios en el aspecto individual, esperando mejorar y recuperar el lenguaje expresivo del niño en la etapa preescolar, para de esta manera evitar dificultades a nivel social y de aprendizaje en la etapa escolar. En el aspecto social, este trabajo será de mucho beneficio a otros profesionales pues colaborará en el aporte de estrategias de intervención para el TEL y consecuentemente esperar conseguir disminuir el porcentaje de población afectada, mejorar el pronóstico y aminorar el impacto de las consecuencias que conlleva el TEL.

II. METODOLOGIA

2.1. Tipo y diseño de investigación

La presente investigación se encuentra de manera general dentro del diseño de estudio de caso ya que tiene como objeto de estudio a un individuo, y específicamente se encuentra dentro de los diseños observacionales de caso único puesto que se manipula directamente la variable independiente, haciendo uso del tipo de estudio de caso de evaluación diagnostica, ya que el objetivo es observar un resultado producto de la aplicación de instrumentos para explicar aspectos de un caso, detallando el tipo de evaluación realizada (Roussos, 2007).

Y el tipo de investigación del presente trabajo es la investigación empírica, dado que los estudios de caso se usan en un contexto aplicado y sin elección al azar de un tratamiento para la variable a manipularse, haciendo uso de estrategias tipo manipulativa descriptiva (Ato-López et al., 2013).

2.2. Ámbito temporal y espacial

El recojo de información para la investigación se realizó el año 2021 y el año 2022, entre los meses de octubre a diciembre del 2021 y enero del 2022, en el domicilio del niño ubicado en la ciudad de Huancayo-Junín.

2.3. Variables de investigación

2.3.1. Variable independiente:

Programa de Estimulación Neuropsicológica

2.3.2. Variable dependiente:

Trastorno Especifico del Lenguaje

2.4. Participante

Paciente de 5 años de edad, sexo masculino, cuyo nombre tiene las iniciales A.F. E. S, nacido el 17 de setiembre del 2016 en la ciudad de Huancayo, Región Junín-Perú.

2.5. Técnicas e instrumentos

2.5.1. Técnicas

2.5.1.2. Observación de conducta. Se describirá las características físicas, el desempeño de la conducta y la colaboración del paciente durante la evaluación neuropsicológica.

2.5.1.3. Entrevista: Se entrevistará a la madre de familia respecto a la problemática del niño, siguiendo el esquema de la anamnesis.

2.5.1.4. Aplicación de instrumentos psicológicos. Se aplicarán test psicológicos y neuropsicológicos para elaboración del perfil cognitivo del niño.

2.5.2. Instrumentos

2.5.2.1. Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil-CUMANIN

A. Ficha técnica

Nombre **:** Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil-CUMANIN

Autores **:** José A. Portellano, Rocio Mateos y Rosario Martínez

Administración **:** Individual

Aplicación **:** Niños de 3 a 6 años (36 meses a 78 meses)

Duración **:** 30 a 50 minutos.

B. Descripción. El objetivo de la prueba es evaluar el grado de madurez neuropsicológica y consta de 8 escalas principales y 5 escalas adicionales que permiten obtener un cociente de desarrollo. Las escalas principales son: psicomotricidad, lenguaje articulatorio, lenguaje

expresivo, lenguaje comprensivo, estructuración espacial, visopercepción, memoria icónica y ritmo; las escalas adicionales son: fluidez verbal, atención, lectura, escritura y lateralidad.

C. Confiabilidad. Se determinó mediante la aplicación de la consistencia interna del coeficiente alfa, cuyo valor para todos los grupos de edad son elevados, obteniendo un coeficiente alfa total igual a .98, lo que demuestra que el instrumento es confiable (Portellano-Mateos el al., 2009).

D. Validez. La validez se determinó por criterio de jueces, análisis factorial y constructo; en el análisis factorial las diferentes escalas del cuestionario saturaron en un solo factor sosteniendo de esta manera la unidimensionalidad del concepto madurez neuropsicológica, además hubo alta correlación entre las subescalas del test, comprobándose así que el instrumento es válido (Urzúa-Ramos et al., 2010).

2.5.2.2. Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria WPPSI

A. Ficha técnica

Nombre **:** Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria WPPSI

Autor **:** David Wechsler

Administración: Individual

Aplicación **:** Niños de 4 a 6 años y medio

Duración **:** Aprox. 45 min.

B. Descripción. El objetivo de la prueba es determinar el nivel de inteligencia y se compone de 11 subtest (6 verbales y 5 de ejecución). Solo 5 de los subtest verbales son usados para determinar el puntaje verbal. Los subtest verbales son: información, vocabulario, aritmética, semejanzas, comprensión y oraciones (subtest suplementario) y los subtest de ejecución son: la

casa de animales, figuras incompletas, laberintos, figuras geométricas, diseños geométricos y retest casa de animales.

C. Confiabilidad. Los coeficientes de confiabilidad para todos los subtest y todos los grupos de edades fueron determinados por la formula Spearman-Brown, cuyo coeficiente arrojo el valor de .96, lo que indica que el instrumento es confiable (Wechsler, 1967).

D. Validez. Para la determinación de la validez se realizó un estudio de correlación de puntajes equivalentes, en el que se correlaciono el CI del WPPSI con otros CIs de otras pruebas de inteligencia (Standford Binet, forma L-M; Vocabulario de Figuras Peabody, forma A; Test Pictorial Inteligencia) que fueron aplicados a 98 niños entre 5 a 6 años de edad, en relación a los puntajes medios, los cuatro test producen medidas similares, lo que indica que los 4 test miden lo mismo, demostrando de esta manera que el instrumento es válido (Wechsler, 1967).

2.5.2.3. Test de matrices progresivas de Raven. Escala especial

A. Ficha técnica

Nombre **:** Test de Matrices Progresivas de Raven. Escala especial

Autor **:** J.C. Raven. Adaptado a Lima-Perú por Delgado (2002).

Administración : Individual y colectiva

Aplicación **:** Niños de 5 a 11 años

Duración **:** 40 a 90 minutos.

B. Descripción. El test mide principalmente el factor "g" de Spearman o inteligencia general. El test está conformado por un cuadernillo que contiene tres series de matrices designadas A, Ab y B, cada cual tiene en total 12 elementos.

C. Validez. Delgado (2002), realizó un estudio psicométrico del Test de Matrices Progresivas de Raven a colores, en alumnos de primaria de Lima-Perú, en el que realizo un análisis

factorial de las diferentes áreas del test, mostrando una medida de adecuación del muestreo de káiser-Meyer de 0.71 y un test de esfericidad del Bartlett lo cual es significativo, datos que confirman la conformidad de la ejecución del análisis factorial. Este análisis se desplegó a traves del método de factorización de los componentes principales, mostrándose la existencia de un solo factor, lo cual accede exponer el 76 % de la varianza de las puntuaciones. Este dato permite demostrar que los aspectos valorados por las tres áreas son similares entre si y por lo tanto concluir que el test presenta validez.

D. Confiabilidad. Delgado (2002), realizo un análisis de confiabilidad, obteniendo un valor de KR20=0.91, lo cual indica una alta confiabilidad.

2.5.2.4. Test figura-palabra de vocabulario expresivo de Gardner

A. Ficha técnica

Nombre **:** Test Figura-Palabra de Vocabulario Expresivo de Gardner

Autor **:** Marrison Gardner

Administración **:** Individual

Aplicación **:** Niños de 2 a 11 años

Duración **:** No hay límite de tiempo.

B. Descripción. El objetivo del test es valorar el nivel del léxico del lenguaje, el cual consta de 110 láminas con figuras en las que el niño tendrá que denominarlas a señalamiento del terapeuta. Se inicia desde una determinada lamina según la edad del evaluado.

C. Validez. Para determinar la validez del instrumento se correlaciono los puntajes del presente test con los puntajes del test de Vocabulario de Peabody, solo los ítems que cumplieron con todos los requisitos estadísticos fueron mantenidos para el formato final del test (Castro-Noriega et al., 2013).

D. Confiabilidad. Para la confiabilidad se utilizó la formula Spearman –Brown, siendo los coeficientes para cada nivel de edad estadísticamente significativos, cuyos valores se encuentran entre 0,87 y 0,96 y el coeficiente medio es 0.94, lo que indica que el test es confiable (Castro-Noriega et al., 2013).

2.5.2.5. Test de vocabulario imágenes Peabody

A. Ficha Técnica

Nombre **:** Test de Vocabulario Imágenes Peabody

Autor **:** Lloyd M. Dunn

Administración **:** Individual

Aplicación **:** 2 años y medio a 90 años

Duración **:** Variable, de 10 a 20 min.

B. Descripción. El objetivo de la prueba es evaluar la amplitud de vocabulario en español y la comprensión del mismo. El test consiste en un total de 150 palabras y 150 láminas de 4 imágenes cada una, en la que el niño indica la lámina que ha sido expresada por el evaluador, no todas las láminas se evalúan sino solo las indicadas para su edad.

C. Confiabilidad. Se utilizó el método Split-Half para hallar los coeficientes de confiabilidad para los grupos de edad, los valores de los coeficientes de confiabilidad fueron r=72, p<.05, lo que indica que es estadísticamente significativo. Igualmente, para la técnica Test-retest los coeficientes de confiabilidad también fueron significativos (r=72, p=.000) (Piñero-Manzano et al., 2000).

D. Validez. Para el estudio de validez se correlaciono los puntajes del Test de Vocabulario Imágenes Peabody con los puntajes del Inventario de Primeras Palabras (IPP) de Manzano, Piñero e Inguazo (1998, citado por Piñero-Manzano et al., 2000), la correlación tuvo un puntaje de 44

(p=.02), lo cual es significativo estadísticamente, esto indica que ambos test miden el mismo proceso: el vocabulario (Piñero-Manzano et al., 2000).

2.5.2.6. Test de articulación de Melgar

A. Ficha técnica

Nombre **:** Test de articulación de María Melgar

Autor **:** María Melgar de Gonzales

Administración **:** Individual

Aplicación **:** 3 a 6 años y medio

Duración **:** Variable, de 10 a 20 min.

B. Descripción. El objetivo del test es evaluar la capacidad de articular y pronunciar los fonemas, identificando omisiones, adiciones, sustituciones o distorsiones de los mismos en las palabras. El test consta de 59 imágenes y una hoja de registro de las respuestas del niño, en el que se registran los errores de omisión, sustitución, distorsión o adición de fonemas integrados en las palabras, habiendo un conjunto de 40 consonantes, 13 mezclas de consonantes y 6 diptongos.

C. Confiabilidad. La confiabilidad se determinó por la aplicación de la consistencia interna del coeficiente Alfa de Cronbach, cuyo valor obtenido fue de .86, lo que señala que el instrumento es confiable (Dávila, 2019)

D. Validez. La validez del instrumento se determinó por criterio de jueces, en la que se alcanzó un coeficiente V de Aiken de 1.00, lo que señala que el instrumento es válido (Escurra, 1989, citado en Dávila, 2019).

2.5.3. Evaluación neuropsicológica

2.5.3.1. Etapa preliminar

A. Problemática. La madre refiere que su menor hijo presenta dificultades para hablar, su articulación es inadecuada pues tiende a sustituir, omitir, adicionar o distorsionar los fonemas en las palabras y omitir conectores en sus enunciados provocando que no se le entienda cuando intenta expresar lo que piensa. La madre manifiesta que a pesar de haber realizado el esfuerzo por estimularle el lenguaje el niño continúa igual. Al año de edad pronunciaba algunas silabas como "ya", "ma", "pa", a los dos años continuaba igual y a los tres años hasta la actualidad aumento su vocabulario expresivo, pero con afectación en su articulación e ininteligibilidad de sus expresiones, sin embargo, su comprensión es adecuada.

B. Anamnesis

B1. Datos sociodemográficos

- **Nombres y apellidos:** A.F. E. S.
- **Fecha de nacimiento:** 17 de setiembre del 2016
- **Edad:** 5 años 1 mes
- **Colegio:** Jardín "Garbatos"-Huancayo
- **Grado de instrucción:** Inicial de 4 años
- **Lugar de nacimiento:** Huancayo
- **Preferencia manual:** Lateralidad atípica
- **Fecha de exploración:** 18 al 26 de octubre del 2021
- **Examinado por:** Psic. Nadia Segura Victoria

B2. Historia evolutiva

a. Embarazo. La madre y el padre tenían 20 años cuando la madre quedo embarazada. Fue el primer embarazado de la madre, no tuvo abortos previos, durante el embarazo no hubo complicaciones, solo un acontecimiento que el niño hizo taquicardia a los 4 meses de embarazo, por lo que la madre quedo internada en el hospital por unos días, pero posteriormente no presento más complicaciones. La madre no tomo medicamentos durante el embarazo, no fumo, ni consumió alcohol, ni drogas. El parto duro aproximadamente 1 día desde los dolores, no hubo complicaciones en el parto, el cual fue natural. El peso del niño al nacer fue de 3 kilos 300 gr., y no estuvo en la incubadora.

b. Desarrollo motriz. El niño empezó a gatear y a mantenerse sentado solo sin ayuda a los 5 meses de edad, empezó a caminar al año de edad y según refiere la madre no presento problemas motrices. Asimismo, presenta lateralidad atípica y no tiene conocimiento de derecha o izquierda. A nivel sensorial no presenta problemas.

c. Desarrollo social. La madre refiere que el niño tiende a alejarse de sus amiguitos y jugar solo, pero en casa refiere que tiene un primo con quien si juega frecuentemente.

d. Historia médica. El niño no tuvo intervenciones quirúrgicas, ni complicaciones por vacunas y nunca fue hospitalizado por accidentes por lo que no presenta daño cerebral o neurológico alguno., sin embargo, la madre lo llevo al hospital para tratar los problemas de lenguaje del menor y el neuropediatra refiere que le dio el diagnostico de Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL), a lo cual no recibió tratamiento alguno.

e. Exploración neurovegetativa. No tuvo problemas para el control de esfínter vesical y anal, adquiriéndolo a la edad de dos años y medio. Actualmente tiene problemas para regular el

sueño, ya que los padres lo acostumbraron a ver videos por el celular con mucha frecuencia en la noche. No tiene problemas para alimentarse, ni problemas respiratorios ni cardiovasculares. Por último, no se le realizó exploración neuropsicológica con anterioridad.

f. Conducta y personalidad. La madre manifiesta que el niño es un poco distraído, el cual se corrobora durante la exploración neuropsicológica, ya que el niño a pesar de mostrarse colaborativo se mostró un poco distraído, asimismo presento problemas para realizar los ejercicios en el área psicomotriz.

g. Escolarización. La edad que asistió a la guardería por primera vez fue a la edad de 4 años 10 meses, actualmente tiene 5 años 1 mes y está en un jardín de inicial en el aula de 4 años. Asimismo, la madre manifiesta en hay días que rechaza las tareas escolares ya que la mama le apoya en sus tareas y muchas veces ella pierde la paciencia con su hijo ya que este no aprende rápido.

B3. Antecedentes familiares

El paciente es el único hijo de una pareja joven, quienes viven actualmente en la ciudad de Huancayo - Región Junín, los cuales tienen frecuentemente conflictos relacionales siendo así que el niño vive en un ambiente inestable ya que algunas veces viven en la casa de los abuelos paternos y otras veces en la casa de los familiares de la madre. Por otro lado, por razones de trabajo la madre frecuentemente descuida al niño dejando al mismo al cuidado de familiares. Respecto a la historia familiar, la madre refiere que tiene dos sobrinos que también tienen trastorno del lenguaje presentando problemas similares al que presenta su hijo.

2.5.3.2. Etapa de investigación selectiva de funciones superiores.

En esta etapa de investigación selectiva de funciones superiores se administraron los siguientes instrumentos psicológicos y neuropsicológicos para elaboración del perfil cognitivo del paciente:

- ✓ Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil-CUMANIN
- ✓ Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria WPPSI
- ✓ Test de Matrices Progresivas de Raven
- ✓ Test Figura-Palabra de Vocabulario Expresivo de Gardner
- ✓ Test de Vocabulario Imágenes Peabody
- ✓ Test de Articulación de Melgar

2.5.3.3. Interpretación psicométrica

El Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil-CUMANIN arroja los siguientes resultados: en las escalas de lenguaje articulatorio, lenguaje expresivo, fluidez verbal, psicomotricidad y estructuración espacial obtuvo centiles que lo ubican en la categoría diagnóstica deficiente, en las escalas de ritmo y atención obtuvo centiles que lo ubican en la categoría diagnóstica inferior al promedio, en la escala de lenguaje comprensivo obtuvo un centil que lo ubican en la categoría diagnostica promedio y por último en la escala de memoria icónica y visopercepción obtuvo un centil que lo ubica en la categoría diagnóstica superior al promedio. En cuanto a la lateralidad, el niño presenta lateralidad atípica, con tendencia al cruce o al ambidiextrismo. De manera general, el nivel de madurez neuropsicológica está por debajo del promedio, sobre todo en el desarrollo verbal.

En la escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria WPPSI obtuvo un CI Verbal igual a 75 que lo ubica en la categoría diagnostica de Fronterizo, un CI Ejecución igual a 108 que lo ubica en la categoría diagnóstica Promedio, y un CI Total igual a 90 que lo ubica en la categoría diagnostica Normal, lo que quiere decir que la inteligencia del niño está dentro de lo normal para su edad cronológica. Igualmente, en el Test de Matrices Progresivas de Raven el niño obtuvo un percentil igual a 50 que lo ubica en la categoría diagnostica promedio, lo que indica asimismo que su capacidad intelectual está dentro de normal.

En el Test Figura-Palabra de Vocabulario Expresivo de Gardner obtuvo un percentil igual a 53, que indica que el nivel léxico del niño se encuentra dentro de lo normal para su edad cronológica.

En el Test de Vocabulario Imágenes Peabody obtuvo un percentil igual a 61 que lo ubica dentro de la categoría normal, es decir la amplitud de vocabulario en español del niño y la comprensión del mismo está dentro de lo normal para su edad cronológica.

En el Test de Melgar, hay déficit en la pronunciación y articulación de fonemas integrados en las palabras, específicamente hay errores en la articulación de los siguientes fonemas: */f/, /r/, /rr/, /s/, /d/, /k/* (c), */x/* (*j);* mezclas de fonemas: */br/ /gr/ /tr/ /kr/ /fl/ /tl/ /kl/ /pl/ /dr/ /fr/* y diptongos */au//ei//ua//ue/;* cometiendo frecuentemente errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de fonemas en las palabras, específicamente de 59 palabras cometió 36 errores de sustitución, 20 errores de omisión, 2 errores de adición y 1 error de distorsión, pronunciando y articulando correctamente 2 palabras.

2.5.3.4. Informe neuropsicológico final

A. Datos generales

- **Nombres y apellidos:** A.F. E. S.

- **Fecha de nacimiento:** 17 de setiembre del 2016.
- **Edad:** 5 años 1 mes
- **Colegio:** Jardín “Garbatos”-Huancayo
- **Grado de instrucción:** Inicial de 4 años
- **Lugar de nacimiento:** Huancayo
- **Preferencia manual:** Lateralidad atípica
- **Examinado por:** Psic. Nadia Segura Victoria
- **Fecha de evaluación:** 18, 19, 20, 21, 22, 25 y 26 de octubre del 2021
- **Fecha de informe:** 01 de noviembre del 2021
- **Informante:** Madre del niño

B. Motivo de consulta

La madre refiere que su menor hijo presenta dificultades para hablar, su articulación es inadecuada pues tiende a sustituir, omitir, adicionar y distorsionar los fonemas en las palabras y omitir conectores en sus enunciados provocando que no se le entienda cuando intenta expresar lo que piensa. La madre manifiesta que a pesar de haber realizado el esfuerzo por estimularle el lenguaje el niño continúa igual. Al año de edad pronunciaba algunas silabas como “ya”, “ma”, “pa”, a los dos años continuaba igual y a los tres años hasta la actualidad aumento su vocabulario expresivo, pero con afectación en su articulación e ininteligibilidad de sus expresiones, sin embargo, su comprensión es adecuada.

C. Antecedentes

La madre y el padre tenían 20 años cuando la madre quedo embarazada. Fue el primer embarazo de la madre, no tuvo abortos previos, durante el embarazo no hubo complicaciones, solo un acontecimiento que el niño hizo taquicardia a los 4 meses de embarazo, por lo que la madre

quedo internada en el hospital por unos días, pero posteriormente no presento más complicaciones. La madre no tomo medicamentos durante el embarazo, no fumo, ni consumió alcohol, ni drogas. El parto duro aproximadamente 1 día desde los dolores, no hubo complicaciones en el parto, el cual fue natural. El peso del niño al nacer fue de 3 kilos 300 gr., y no estuvo en la incubadora.

En el desarrollo motriz, el niño empezó a gatear y a mantenerse sentado solo sin ayuda a los 5 meses de edad, empezó a caminar al año de edad y según refiere la madre no presento problemas motrices. Asimismo, presenta lateralidad atípica y a nivel sensorial no presenta problemas.

A nivel social según refiere la madre el niño tiende a alejarse de sus amiguitos y jugar solo, pero en casa refiere que tiene un primo con quien si juega frecuentemente.

Según la historia médica el niño no tuvo intervenciones quirúrgicas, ni complicaciones por vacunas y nunca fue hospitalizado por accidentes por lo que no presenta daño cerebral o neurológico alguno.

En el aspecto neurovegetativo, no tuvo problemas para el control de esfínter vesical y anal, adquiriéndolo a la edad de dos años y medio. Actualmente tiene problemas para regular el sueño, ya que los padres lo acostumbraron a ver videos por el celular con mucha frecuencia en la noche. No tiene problemas para alimentarse, ni problemas respiratorios ni cardiovasculares. Por último, no se le realizó exploración neuropsicológica con anterioridad.

En cuanto a la conducta y personalidad, la madre manifiesta que el niño es un poco distraído, el cual se corrobora durante la exploración neuropsicológica, ya que el niño a pesar de mostrarse colaborativo se mostró un poco distraído, asimismo presento problemas para realizar los ejercicios en el área psicomotriz.

En el aspecto escolar, la edad que asistió a la guardería por primera vez fue a la edad de 4 años 10 meses, actualmente tiene 5 años 1 mes y está en un jardín de inicial en el aula de 4 años. Asimismo, la madre manifiesta en hay días que rechaza las tareas escolares ya que la mama le apoya en sus tareas y muchas veces ella pierde la paciencia con su hijo ya que este no aprende rápido.

En los antecedentes familiares, el niño es el único hijo de una pareja joven, quienes viven actualmente en la ciudad de Huancayo - Región Junín, los cuales tienen frecuentemente conflictos relacionales siendo así que el niño vive en un ambiente inestable ya que algunas veces viven en la casa de los abuelos paternos y otras veces en la casa de los familiares de la madre. Por otro lado, por razones de trabajo la madre frecuentemente descuida al niño dejando al mismo al cuidado de familiares. Respecto a la historia familiar, la madre refiere que tiene dos sobrinos que también tienen trastorno del lenguaje presentando problemas similares al que presenta su hijo.

D. Observación de conducta

Niño de test trigueña, de cabello color negro, corto y ondeado, de contextura y estatura promedio y apariencia física acorde a su edad. Su vestimenta concuerda con la situación y su higiene personal es adecuada. Durante la evaluación personal el niño se muestra colaborador, aunque se distrae con facilidad y sus expresiones denotan inseguridad. Se encuentra orientado en tiempo, persona y espacio, su tono de voz es bajo y su fluidez verbal corta e ininteligible, pues no se le entiende cuando intenta expresar algo, ya que no articula bien las palabras sustituyendo, distorsionando, adicionando y omitiendo fonemas en las mismas, asimismo omite silabas o conectores en el intento por formar frases u oraciones.

E. Pruebas administradas

- ✓ Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil-CUMANIN

- ✓ Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria WPPSI
- ✓ Test de Matrices Progresivas de Raven. Escala espacial
- ✓ Test Figura-Palabra de Vocabulario Expresivo de Gardner
- ✓ Test de Vocabulario Imágenes Peabody
- ✓ Test de Articulación de Melgar

F. Resultados

ÁREA INTELECTUAL

a.- Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria WPPSI

Tabla 3

Resultados cuantitativos WPPSI

ESCALA VERBAL			**ESCALA DE EJECUCION**		
SUBTEST	**Puntaje Pesado**	**Puntaje Equivalente**	**SUBTEST**	**Puntaje Pesado**	**Puntaje Equivalente**
Información	10	7	Casa de Animales	48	12
Vocabulario	0	2	Figuras Incompletas	10	9
Aritmética	7	8	Laberintos	10	10
Semejanzas	7	8	Diseño Geométrico	16	15
Comprensión	3	5	Diseño de Bloques	9	10
Puntaje Verbal		30	Puntaje de Ejecución		56
CI VERBAL		75	**CI EJECUCION**		108
CATEGORIA DIAGNOSTICA		Fronterizo	CATEGORIA DIAGNOSTICA		Promedio
CI TOTAL			Puntaje Equivalente		86
			CI		90
			CATEGORIA DIAGNOSTICA		Promedio

Nota. En la tabla se describe los resultados cualitativos de la Escala de Inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria-WPPSI. Elaboración propia.

Interpretación cualitativa

En la escala verbal el niño obtuvo un Coeficiente Intelectual Verbal igual a 75 que lo ubica en la categoría diagnóstica Fronterizo, lo cual indica que el niño presenta dificultades en el aspecto verbal. En el subtest de vocabulario el niño no expreso claramente el significado de las palabras que se le solicito ya que sus expresiones verbales son incomprensibles, es por ello que obtuvo puntaje bajo en este subtest, demostrando incapacidad para formar conceptos de las palabras; asimismo en el subtest de comprensión, el niño obtuvo puntaje bajo ya que no se expresa claramente mediante oraciones, no puede estructurar adecuadamente una oración, demostrando en este aspecto dificultades en la expresión verbal. En el subtest de información el niño obtuvo puntaje igual a 10, señalando que el niño tiene un rango de información o conocimientos y capacidad para almacenar y recuperar el conocimiento adquirido, en el subtest de aritmética obtuvo un puntaje de 7 lo que indica que el niño comprende conceptos y tiene conocimiento de algunos conceptos numéricos. En el subtest de semejanzas, el niño obtuvo puntaje de 7, lo que demuestra capacidad de razonamiento y desarrollo de vocabulario. Todo ello evidencia que las principales dificultades del niño es la incapacidad de formar conceptos y expresarse verbalmente, sin embargo, tiene capacidad de comprender instrucciones verbales, memoria y capacidad de razonamiento.

En la escala de ejecución, el niño obtuvo un Coeficiente Intelectual de Ejecución igual a 108 que lo ubica en la categoría diagnostica Promedio. Primeramente, en el subtest de casa de animales, obtuvo un puntaje de 48, que indica que el niño tiene capacidad de asociar signos con símbolos, tiene conciencia de meta y capacidad de memoria, en el subtest de figuras incompletas, el niño obtuvo un puntaje de 10, que señala la capacidad de diferenciar detalles esenciales de los no esenciales y discriminación visual. En el subtest de laberintos, obtuvo puntaje de 10, lo que muestra la capacidad de planeación y coordinación visomotora, en el subtest de diseños

geométricos, obtuvo puntaje de 16, lo que indica capacidad de reconocimiento, discriminación visual y coordinación visomotora y por último en el subtest diseño de bloques obtuvo puntaje bajo de 9, es decir evidencia dificultades perceptivo motoras. Con todo ello, observamos que el niño presenta capacidad de discriminación visual, de memoria y coordinación viso-motriz, sin embargo, hay dificultades perceptivo motrices.

Por último, el Coeficiente Intelectual Total del niño es igual a 90 que lo ubica en la categoría diagnostica promedio, lo que indica que la inteligencia del niño está dentro de lo normal para su edad cronológica.

b.- Test de matrices progresivas de Raven. Escala espacial

Tabla 4

Resultados Cualitativos Test Raven

Puntajes de las series			Puntaje total	Percentil	Categoría Diagnóstica
A	AB	B	14	50	Promedio
6	5	3			

Nota. La tabla muestra los resultados cuantitativos del Test de Matrices Progresivas de Raven, escala espacial. Elaboración propia

Interpretación cualitativa

Según los resultados el niño obtuvo un percentil igual a 50 que lo ubica en la categoría diagnóstica promedio, lo que da a conocer que su inteligencia general es normal para su edad cronológica.

AREA NEUROPSICOLOGICA

a.-Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil-CUMANIN

Tabla 5

Resultados Cuantitativos CUMANIN

ESCALAS	CENTIL	CATEGORÍA DIAGNÓSTICA
Psicomotricidad (PM)	5	Déficit
Lenguaje articulatorio (LA)	15	Déficit
Lenguaje expresivo (LE)	4	Déficit
Lenguaje comprensivo (LC)	60	Promedio
Estructuración espacial (EE)	5	Déficit
Visopercepción (VP)	65	Superior al promedio
Memoria icónica (MI)	75	Superior al promedio
Ritmo (R)	30	Inferior al promedio
Fluidez verbal (FV)	10	Déficit
Atención (A)	25	Inferior al promedio
Lectura (L)	40	Promedio
Escritura (E)	55	Promedio
Cociente de desarrollo	79	Inferior al promedio
Lateralidad	**Mano**	Derecha
	Ojo	Izquierda
	Pie	Derecha

Nota. La tabla muestra los resultados cuantitativos del Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil-CUMANIN. Elaboración propia

Interpretación cualitativa

El niño presenta deficiencias en el desarrollo verbal, el cual incluye el lenguaje articulado, expresivo y fluidez verbal, asimismo evidencia pobre función motora y desconocimiento de las nociones derecha e izquierda, dificultades en la atención y ritmo y su lateralidad no está definida. El lenguaje comprensivo está dentro de lo normal y posee buena capacidad de memoria y visopercepción. De manera general, el nivel de madurez neuropsicológica está por debajo del promedio, sobre todo en el desarrollo verbal.

Psicomotricidad

Pobre función motora, con movimientos torpes y descoordinados.

Estructuración espacial

Desconocimiento de las nociones derecha e izquierda.

Memoria icónica

Buena capacidad de retención de imágenes y de almacenamiento de información esencialmente a corto plazo.

Visopercepción

Adecuada capacidad de reproducir una figura y de percepción visual.

Atención y ritmo

Dificultades en la atención y de ritmo, debajo de lo normal para su edad.

Lateralidad

Lateralidad atípica o ambidiextrismo, su lateralidad no está definida pues tiende a usar la lateralidad derecha en las manos y pies, pero usa la lateralidad izquierda en los ojos.

Lectura y escritura

Obtuvo puntaje cero, sin embargo, para su edad los centiles lo ubican en los niveles promedios.

Lenguaje

Deficiencias en las escalas de lenguaje articulatorio, lenguaje expresivo y fluidez verbal, lo que muestra dificultades del niño para articular y repetir palabras y frases, articulando mal las palabras lo que revela una pobre función motora, en la repetición de frases repite mal las frases como en los siguientes ejemplos: en la frase "el sol sale por detrás de la montaña" , el niño la repite como: "tapañe", en la frase "la estufa da mucho calor en el invierno", el niño la repite como "la tub mucho amieno" o en la frase "el jardinero planto rosas blancas y amarillas", el niño la repite como: "tate y ananille", en el cual podemos observar que el niño omite y distorsiona palabras integradas en las frases, lo que indica posible dificultad de procesamiento audiofonológico. Y en la capacidad de formar frases y oraciones a partir de una palabra, el niño también tiende a distorsionar las palabras en las oraciones, omite palabras funcionales como: artículos, conjunciones, preposiciones o pronombres lo cuales sirven de conectores entre palabras dentro de una oración y sirven para darle sentido a las expresiones, por lo tanto, el lenguaje del niño es incomprensible, aparte que en sus estructuras sintácticas usa máximo 4 palabras. Por otro lado, presenta adecuada capacidad de lenguaje comprensivo, ya que comprende una narración, lo que indica que el niño comprende el lenguaje verbal de manera adecuada.

b.- Test Figura-Palabra de Vocabulario Expresivo de Gardner

Tabla 6

Resultados Cuantitativos Test Gardner

Puntaje Bruto	Percentil	Categoría Diagnostica
51	53	Promedio

Nota. La tabla muestra los resultados cuantitativos del Test Figura-Palabra de Vocabulario Expresivo de Gardner. Elaboración propia.

Interpretación cualitativa

El nivel de vocabulario expresivo del niño está dentro de lo normal, ya que obtuvo una categoría diagnostica Promedio, lo que indica que la cantidad de palabras y/o denominaciones en el lexicón mental (vocabulario o léxico) está dentro de lo normal para la edad cronológica del niño.

c.- Test de vocabulario imágenes Peabody

Tabla 7

Resultados Cuantitativos Test Peabody

Puntuación Directa	Percentil	Categoría Diagnóstica
47	61	Promedio

Nota. La tabla muestra los resultados cuantitativos del Test de Vocabulario Imágenes Peabody. Elaboración propia

Interpretación cualitativa

Los resultados muestran un nivel promedio en cuanto a la amplitud de vocabulario en español del sujeto y la comprensión del mismo, lo que indica que el nivel de vocabulario del niño y el nivel de comprensión de las palabras que oye están dentro de lo normal para su edad cronológica.

d.- Test de articulación de Melgar

Tabla 8

Resultados cuantitativos Test Melgar

Errores de Articulación	**Fonemas:** */k/ /f/ /r/ /rr/ /s/ /x/ /d/.*
	Mezclas de fonemas: */br/ /gr/ /tr/ /kr/ /fl/ /tl/ /kl/ /pl/ /dr/ /fr//pr/.*
	Diptongos: */au//ei//ua//ue/.*
Errores de Sustitución	36/59
Errores de Omisión	20/59
Errores de Adición	2/59
Error de Distorsión	1/59

Nota. La tabla muestra los resultados cuantitativos del Test de Articulación de Melgar. Elaboración propia.

Interpretación cualitativa

Según los resultados el niño presenta errores en la articulación de los siguientes fonemas: */k/ /f/ /r/ /rr/ /s/ /x/ /d/,* mezclas de fonemas: */br/ /gr/ /tr/ /kr/ /fl/ /tl/ /kl/ /pl/ /dr/ /fr/* y diptongos */au//ei//ua//ue/;* cometiendo frecuentemente errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de fonemas en las palabras, específicamente de 59 palabras cometió 36 errores de sustitución, 20 errores de omisión (omite los fonemas */s/, /x/, /n/* y */r/* la mayoría en coda silábica), 2 errores de adición (adiciona fonemas y vocales al inicio y al final de las palabras) y 1 error de distorsión (distorsiona el fonema */s/* por */sh/*), pronunciando y articulando correctamente 2 palabras.

Ejemplos:

Tabla 9

Errores de articulación de fonemas

Fonema	Expresión correcta	Expresión del niño
/k/	Cama	Tama
/f/	Flor	Plo
/g/	Gato	Tato
/rr/	Ratón	Lató
/s/	Mesa	Meta
/x/	Ojo	Oto
/d/	Dedo	lelo

Nota. La tabla muestra los errores de articulación de fonemas del caso clínico según el Test de Articulación de Melgar. Elaboración propia.

Tabla 10

Errores de articulación de mezclas de fonemas

Mezclas de fonemas	Expresión correcta	Expresión del niño
/br/	Libro	Liblo
/gr/	Tigre	Tigue
/tr/	Tren	Te
/kr/	Cruz	Tun
/fl/	Flor	Plo

/tl/	Atleta	Ateta
/kl/	Clavos	Tavo
/pl/	Plato	Pato
/dr/	Cocodrilo	Totolito
/fr/	Fresas	Pesha

Nota. La tabla muestra los errores de articulación de las mezclas de fonemas del caso clínico según el Test de Articulación de Melgar. Elaboración propia.

Tabla 11

Errores de articulación de diptongos

Diptongos	Expresión correcta	Expresión del niño
/au/	Jaula	Chala
/ei/	Peine	Pene
/ua/	Guante	Mate
/ue/	Huevo	Vevo

Nota. La tabla muestra los errores de articulación de diptongos del caso clínico según el Test de Articulación de Melgar. Elaboración propia**.**

Tabla 12

Errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de fonemas

Tipo de error	Expresión correcta	Expresión del niño
Error de sustitución	Me**s**a	Me**t**a
Error de omisión	Pe**rr**o	Peo
Error de Adición	Arete	**T**alete
Error de distorsión	Fresa	Pe**sh**a

Nota. La tabla muestra los Errores de sustitución, omisión, adición y distorsión del caso clínico según el Test de Articulación de Melgar. Elaboración propia**.**

Asimismo, según las edades de adquisición fonémica el niño aun no adquiere lo fonemas: */f/* y */k/* y los diptongos: */ua/* y */ue/* que debió adquirir a la edad de tres años; igualmente no adquiere el fonema: */r/* y la mezcla de fonemas */pl/* que debió adquirir a la edad de 4 años y por último, no

adquiere la siguiente mezcla de fonemas: */kl/, /br/, /fl/,/kr/* y */gr/* y los siguientes diptongos: */au/* y */ei/* que debió adquirir para su edad.

Con todos los datos de estos resultados, podemos inferir que el niño presenta déficits en la fonología por el déficit en la pronunciación y articulación de fonemas integrados en las palabras y los errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de los fonemas; dificultades en la sintaxis, porque produce fonemas y silabas aisladas los cuales se desestructuran u omiten cuando se combinan en palabras o frases, teniendo dificultades para formar frases y oraciones, haciendo que sus enunciados sean ininteligibles. Por el contrario, no hay presencia de dificultades en el aspecto léxico-semántico.

G. Conclusión diagnóstica

Área intelectual

Se sitúa dentro de lo normal para la edad cronológica del niño. Cognitivamente presenta las siguientes capacidades: Comprende instrucciones verbales, almacena y recupera el conocimiento adquirido, capacidad de razonamiento, discriminación visual y coordinación viso motriz. Y presenta las siguientes dificultades: no forma conceptos expresivamente y dificultades perceptivo-motrices.

Área neuropsicológica

En el aspecto del lenguaje el niño evidencia dificultades en la articulación de los fonemas, mezclas de fonemas y diptongos integrados en las palabras, cometiendo errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de los mismos en las palabras, asimismo presenta déficits en la repetición de palabras y frases, y dificultades para la formación adecuada de oraciones, haciendo de sus expresiones incomprensibles. Por otro lado, la comprensión del lenguaje y el nivel de vocabulario o léxico son normales. Todo ello evidencia déficits en los componentes fonológico y

sintáctico del lenguaje, mas no en los componentes léxico y semántico. Lo cual demuestra que las aptitudes del lenguaje expresivo del niño están por debajo de los esperado en función a su edad.

Las capacidades cognitivas como la memoria icónica y la visopercepción están adecuadamente desarrolladas, sin embargo, las deficiencias a nivel del lenguaje articulatorio, expresivo, de fluidez verbal, psicomotricidad, estructuración espacial, atención y ritmo provocaron que el nivel de maduración neuropsicológica este por debajo de lo normal en el niño.

Área escolar

Alteración en la lateralidad, y aún no sabe leer ni escribir lo cual es normal para su edad.

Área familiar

Presenta una dinámica familiar disfuncional, con antecedentes familiares de trastornos de lenguaje.

Área social

Dificultades de interacción social, ya que prefiere jugar solo.

Área física

El niño no presenta deficiencias sensoriales, ni neurológicas.

H. Recomendaciones

Niño

- Se recomienda estimulación neuropsicológica enfocado primordialmente a estimular el funcionamiento de los componentes fonético-fonológico y morfosintáctico del lenguaje, mediante el uso de diversas técnicas para mejorar la articulación de fonemas y mejorar la repetición y articulación de silabas y palabras.

- Asimismo, se recomienda mejorar la producción sintáctica a través de la estimulación de las estructuras gramaticales mediante el empleo de técnicas que apoyen la retención de sintagmas y la apropiada formación de oraciones.

Padres

- Apoyar y reforzar en casa la estimulación neuropsicológica del lenguaje de su menor hijo.
- Recibir orientación respecto a la mejora de la dinámica familiar y pautas de crianza.

2.6. Intervención neuropsicológica

2.6.1. Propuesta de un programa de estimulación neuropsicológica

2.6.1.1. Datos generales

- ***Denominación*** : "Aprendiendo a Expresarme Mejor"
- ***Caso*** : TEL predominantemente expresivo
- ***N° Sesiones*** : 14 sesiones
- ***Duración*** : 33 semanas
- ***Responsable*** : Psic. Nadia Segura Victoria
- ***Asesor*** : Neuropsic. Henrich Villanueva Vàsquez

2.6.1.2. Perfil cognitivo

En la Tabla 13 se muestra el perfil cognitivo del paciente obtenido de los resultados del pre test.

Tabla 13

Perfil cognitivo Pre Test

Test	Área	Centil	Categoría Diagnostica
CUMANIN	Psicomotricidad	5	Deficiente
	Lenguaje articulatorio	15	Deficiente
	Lenguaje expresivo	4	Deficiente
	Lenguaje comprensivo	60	Promedio
	Estructuración espacial	5	Deficiente
	Visopercepción	65	Superior al promedio
	Memoria icónica	75	Superior al promedio
	Ritmo	30	Inferior al promedio
	Fluidez verbal	10	Deficiente
	Atención	25	Inferior al promedio
	Lectura	40	Promedio
	Escritura	55	Promedio
	Cociente de desarrollo	79	Inferior al promedio
Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria- WPPSI	CI Verbal	75	Fronterizo
	CI Expresivo	108	Promedio
	CI Total	90	Promedio
Test de Matrices Progresivas de Raven	Inteligencia general	50	Promedio
Test Figura-Palabra de vocabulario expresivo de Gardner	Nivel léxico	53	Promedio
Test de Vocabulario Imágenes Peabody	Amplitud de vocabulario en español y la comprensión del mismo.	61	Normal
Test de Melgar	Articulación y pronunciación de fonemas, e identificación de omisiones, adiciones, sustituciones o distorsiones de fonemas en las palabras.	-Errores de articulación Fonemas: */k/ /f/ /r/ /rr/ /s/ /x/ /d/.* Mezclas de fonemas: */br/ /gr/ /tr/ /kr/ /fl/ /tl/ /kl/ /pl/ /dr/ /fr//pr/.* *D*iptongos: */au//ei//ua//ue/.* -Errores de: Sustitución: 36/59 Omisión: 20/59 Adición: 2/59 Distorsiones: 1/59	

Nota. La tabla muestra el perfil cognitivo pre test del caso presentado. Elaboración propia

2.6.1.3. Modelo

El programa de estimulación neuropsicológica propuesto se basó en el modelo del Protocolo de Rehabilitación Neuropsicológica ESLABON propuesto por Castiblanco-Mejía et al. (2007).

2.6.1.4. Metodología

El programa de estimulación propuesto se basa en las estrategias de restauración y facilitación y en el enfoque teórico cognoscitivo-conductual. Cada sesión consta de tres fases: inicio, intervención y cierre, los cuales están basados en los puntos débiles del caso presentado.

2.6.1.5. Objetivos

- ✓ Mejorar la articulación y pronunciación de fonemas, mezclas de fonemas y diptongos.
- ✓ Disminuir errores de sustitución, adición, omisión y distorsión de fonemas integrados en las palabras.
- ✓ Desarrollar habilidades psicolingüísticas para optimizar la articulación, pronunciación y repetición de silabas, palabras y frases.
- ✓ Conseguir la adecuada formación de frases y oraciones y hacer de las expresiones más comprensibles.

2.6.1.6. Actividades

Se realizarán diversas actividades enfocadas a cumplir con los objetivos del programa de estimulación. Las actividades propuestas son: ejercitar las praxias bucofaciales, articulación de los fonemas mostrando fotografías en las que se representan la posición bucofacial necesaria para ellos, técnica para mejorar la articulación y repetición de silabas, palabras y frases, juego simbólico de segmentación de palabras o conciencia silábica, ejercicios de entonación melódica, facilitación

mediante claves fonológicas, ejercicios para desarrollar la adecuada estructuración gramatical y estrategias para el desarrollo de la conciencia pragmática.

2.6.1.7. Calendarización

En la Tabla 14 se muestra la calendarización del ciclo de estimulación del programa de estimulación neuropsicológica propuesto.

Tabla 14

Calendarización del ciclo de estimulación

Fecha/ Sesión	***Noviembre 2021***	***Diciembre 2021***	***Enero 2022***	***Febrero 2022***	***Marzo 2022***	***Abril 2022***	***Mayo 2022***	***Junio 2022***
Sesión 1	*X*							
Sesión 2	*X*	*X*						
Sesión 3		*X*						
Sesión 4		*X*	*X*					
Sesión 5			*X*					
Sesión 6			*X*	*X*				
Sesión 7				*X*				
Sesión 8				*X*	*X*			
Sesión 9					*X*			
Sesión 10					*X*	*X*		
Sesión 11						*X*		
Sesión 12						*X*	*X*	
Sesión 13							*X*	
Sesión 14							*X*	*X*

Nota. Esta tabla muestra la calendarización del ciclo de estimulación del programa de estimulación neuropsicológica propuesta. Elaboración propia.

2.6.2. Procedimiento

Al inicio de la sesión de rehabilitación, se realizará ejercicios de relajación, respiración, dinámicas y empleo de elementos rítmicos (canciones) como introducción a las sesiones de intervención, lo cual tendrá un promedio de 10 min. de duración. En la parte de intervención, se llevará a cabo diversas actividades enmarcadas al cumplimiento de objetivos del programa y tendrá una duración aproximada de 30 min y en el cierre se ejecutará actividades en los que se reforzará

los temas tratados en el proceso de intervención y también dinámicas de motivación para recibir la siguiente sesión. El tiempo requerido para llevar a cabo una sesión de rehabilitación neuropsicología es de 45 minutos.

PROGRAMA DE ESTIMULACION NEUROPSICOLÓGICA
"Aprendiendo a Expresarme Mejor"

SESIÓN 1

Fecha : 2,4,6,8,10,12,15,17/11/2021
Título : Ejercitando mis praxias bucofaciales
Objetivo : Ejercitar las praxias bucofaciales para la correcta articulación y pronunciación de fonemas, sílabas y palabras.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO Ejercicios de relajación mediante la dinámica "El robot y el muñeco de trapo".	Se realizará ejercicios de relajación mediante la dinámica "El robot y el muñecode trapo", el cual consiste en lo siguiente: Elrobot está hecho de metal y es rígido, mientras que un muñeco de trapo es blando y flexible. Por este motivo se acompañará alniño a hacer de robot tensionando los músculos, para después imitar a un muñeco de trapo y dejar que todas las extremidadesse relajen.	▪ Técnicas de relajación	▪ Un robot de cartón. ▪ Un muñeco de trapo ▪ Un molino de cartón ▪ Un vaso con agua ▪ Un sorbete ▪ Juguete para hacer burbujas ▪ Botella con agua	10 min.
INTERVENCION Movimientos orales no elocutivos	**Instrucciones:** Se le pedirá al paciente que realice los mismos movimientos orales que hace el terapeuta: "Quiero que hagas el mismo gesto o movimiento que hago yo". **Ejemplo:** - Soplar - Abrir y cerrar los labios a modo de "pez" - Silbar - Pasar la lengua por el labio superior e inferior - Absorber	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento ▪ Retroalimentación		15 min.

	- Morderse los labios - Abrir la boca lo máximo posible -Sonreír juntando los dientes.		▪ Pelotas de plástico de distinto tamaño ▪ Globos ▪ Barquitos de papel Recipiente con agua	
CIERRE: Juegos relacionados a movimientos orales no elocutivos	-Dar al niño una botella con agua y un sorbete y se le pide que sople, mire y escuche el ruido de las burbujas. -Hacer burbujas -En una tabla acanalada, el niño hará rodar pelotas de distintos pesos mediante sus soplos. -Inflar globos. -Colocar barquitos de papel en un recipiente con agua y el niño soplando los hará navegar.	▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación		20 min.

SESIÓN 2

Fecha **:** 19, 22, 24, 26, 29/11/2021- 01, 03/12/2021

Título **:** Ejercitando las praxias de mi lengua

Objetivo **:** Adiestrar las praxias de la lengua para una adecuada articulación y pronunciación de fonemas, sílabas y palabras

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO: Masajes faciales	Se realizarán masajes faciales al niño de la siguiente manera: -Masajes en la frente de forma circular, -En flecha desde la nariz hacia las sienes. -En las mejillas comenzando desde la mandíbula hacia arriba. -En los labios inferiores desde el mentón hacia arriba.	▪ Técnicas de relajación	▪ Crema para hacer los masajes faciales. ▪ Video de sonidos de los animales y objetos.	5 min.
INTERVENCION Movimientos de la lengua hacia arriba, abajo, derecha, izquierda, hacia afuera, tocando la nariz.	Se le dan al paciente las siguientes instrucciones:**"***Te voy a pedir que realices los mismos movimientos que hago yo*", y posteriormente se comienza la realización de movimientos. **Ejemplo:** -Lengua hacia arriba-lengua hacia abajo. -Intentar tocarse la nariz con la lengua. -Sacar la lengua hacia la izquierda y hacia la derecha. -Sin sacar la lengua, que este toque las dos mejillas.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento ▪ Retroalimentación		25 min.
CIERRE Imitación de sonidos de animales y objetos.	Se realizará imitación de sonidos de animales y objetos como: -Sonido del león -Sonido de in teléfono -Sonido de un gato -Sonido de un tren -Etc.	▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación		15 min.

SESIÓN 3

Fecha **:** 06, 08, 10, 13, 15, 17, 20, 22, 24/12/2021

Título **:** Practicando la articulación de fonemas.

Objetivo **:** Estimular la adecuada articulación de fonemas.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO Ejercicios de respiración, mediante la dinámica "La Abeja".	Se realiza ejercicios de respiración, mediante la dinámica "La Abeja", el cual consiste en sentarse junto con el niño con las piernas cruzadas, pedirle cerrar los ojos conjuntamentey respirar hondo por la nariz, a la par se imita el zumbido de una abeja y cuando ya lo han hecho, le decimos que lo haga tapándose los oídos con los dedos, aumentando así el efecto del zumbido de la abeja.	▪ Técnicas de relajación	▪ Fotografía con los movimientos bucofaciales de los fonemas. ▪ Video de "La canción de las consonantes"	10 min.
INTERVENCION Articulación de fonemas mostrando fotografías en las que se representan la posición bucofacial necesaria para ellos.	Se le dan al paciente las siguientes instrucciones: "Te voy a pedir que pongas la boca de la misma manera que en la fotografía y poder decir (ejemplo) la consonante "k" **Ejemplo:** -Articular el fonema */k/* varias veces seguidas (articular los siguientes fonemas con mayor énfasis: */k/ /f/ /r//rr/ /s/ /x/ /d/*). - Articular la mezcla de fonemas */pl/* varias veces seguidas (articular las siguientes mezclas de fonemas con mayor énfasis: */br/ /gr/ /tr/ /kr/ /fl/ /tl/ /kl/ /pl/ /dr/ /fr/ /pr/*). -Articular los siguientes diptongos */au//ei//ua//ue/*.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento ▪ Retroalimentación		30 min.
CIERRE Coordinación de movimientos corporales con la prosodia de las consonantes.	Realizar coordinación de movimientos corporales con la prosodia de las consonantes pronunciadas, a través de canciones en las que se exagera la entonación de las consonantes.	▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación		5 min

SESIÓN 4

Fecha **:** 27, 29, 31/12/2021- 03, 05, 07, 10, 12, 14 /01/2022

Título **:** Practicando la repetición de sílabas.

Objetivo **:** Practicar lúdicamente los procesos de repetición.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO Ejercicios de respiración.	Se llevará a cabo ejercicios de respiración como sigue: Se le indica al niño que cuando inspire pongalas manos en el pecho para que sienta como este se infla y durante la exhalación sienta como el pecho se desinfla. Del mismo modo,alzar los brazos durante la inhalación y bajarlos durante la exhalación.	▪ Técnicas de relajación	▪ Laminas didácticas de silabas relacionadas a palabras e imágenes. 	10 min.
INTERVENCION Técnica de repetición de palabras	Se le presenta al niño una sílaba y este la tiene que repetir, si es necesario se le presenta varias veces hasta que lo consigue, con la siguiente jerarquía de claves: ✓ El niño debe repetir la sílaba lentamente intentando aislar cada fonema, el terapeuta va pronunciando exageradamente la articulación de cada fonema. ✓ El terapeuta la asocia la sílaba a una palabra de uso frecuente o a un nombre de ciudad, por ejemplo. ✓ Si se equivoca, se le debe pedir al paciente que repita la silaba, haga notar la diferencia y pida que la vuelva a repetir.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento ▪ Retroalimentación		30 min.

	✓ Si no puede, lo hace el terapeuta; se le hace notar la diferencia entre lo que debía decir y lo que ha dicho. Se le pidenuevamente que articule y pronuncie la silaba correcta. ✓ Se repite el proceso las veces que sea necesario.			
CIERRE Canciones automatizadas	Se le pide al niño que cante canciones quelas tenga automatizadas como: "Feliz Cumpleaños", "Las Mañanitas", etc. Las canciones se pueden cantar conjuntamente con el terapeuta.	▪ Reforzamiento positivo		5 min.

SESIÓN 5

Fecha **:** 17, 19, 21, 24, 26, 28/01/2022

Título **:** Reconociendo las silabas de las palabras.

Objetivo **:** Ejercitar la conciencia silábica.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO Ejercicios de respiración	- Se le indica al niño que cuando inspire ponga las manos en el pecho para que sienta como este se infla y durante la exhalación sienta como el pecho se desinfla. Del mismo modo, alzar los brazos durante la inhalación y bajarlosdurante la exhalación	▪ Técnicas de relajación ▪ Refuerzo positivo	▪ Lista de palabras	5 min.
INTERVENCIÓN: Reconocimiento de silabas mediante juegos lúdicos	-Enseñar al niño a reconocer las silabas dando palmadas por cada ritmo que escuche en las palabras. Por ejemplo: si decimos “Elefante”, se pronuncia cada palabra silaba por silaba “ te-le-fo-no” y se da palmadas consecutivas por cada silaba.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo.		30 min.
CIERRE: Practicar la percepción de sonidos iniciales	- Se enseña al niño el juego “Veo-Veo”, el cual consiste en decir: Veo-Veo, algo rojo que empieza con la letra “m” y así sucesivamente con varias letras.			10 min

SESIÓN 6

Fecha **:** 31/01/2022 – 02, 04, 07, 09, 11/02/2022

Título **:** Estrategia de segmentación de palabras

Objetivo **:** Desarrollar la conciencia silábica a traves de juegos simbólicos.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO Canción: "Un pequeño dedo"	- Se le enseña al niño la coreografía de la canción "Un pequeño dedo" y a la vez se canta conjuntamente con el niño la canción, que es como sigue: "Un pequeño dedo (3 veces) plum plum plum. Apunta hacia arriba, apunta hacia abajo, ponlo en tu cabeza ¡CABEZA! - Nariz - Hombro - Ombligo - Etc.	▪ Técnica de relajación ▪ Reforzamiento positivo	▪ Video de la canción "unpequeño dedo" ▪ Para elaboración de flores: Cartón Papel lustre (amarillo, verde, anaranjado) ▪ Para elaboración de números: Papel lustre (amarillo, negro) goma ▪ Tarjetas con imágenes de animales, objetos, frutas, etc.	10 min.
INTERVENCIÓN: Juego simbólico: "Segmentación de palabras"	- Se elaborarán tres flores con 5 pétalos cada una, los cuales serán pegadas en una pared. Aparte de ello, se seleccionarán figuras cuyas palabras tenga de 1 a 3 sílabas. Así mismo en el piso se pegarán números del1 al 3 sobre los cuales el niño saltará pronunciando sílaba por sílaba la palabra de la imagen que cogió. Las imágenes de las palabras serán pegadas en cada pétalo de las flores dependiendo del número de sílabas de las palabras.	▪ Refuerzo positivo ▪ Retroalimentación		25 min
CIERRE: Canción "Un pequeño dedo"	- Se refuerza la coreografía de la canción "un pequeño dedo" y el niño la canta conjuntamente con la terapeuta	▪ Refuerzo positivo ▪ Retroalimentación		5 min

SESIÓN 7

Fecha **:** 14, 16, 18, 21, 23, 25/02/2022

Título **:** Practicando la repetición de palabras

Objetivo **:** Ejercitando la repetición de las palabras.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	ESTRATEGIAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO "Dinámica: Ocho Perezoso o Acostado"	Dibujar imaginariamente o con lápiz y papel, un ocho grande "acostado" (de manera horizontal ∞). Se comienza a dibujar en el centro y se continúa hacia la izquierda, se vuelve al centro y se termina el ocho al lado derecho. Todo ello para estimular la atención.	▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento		5 min.
INTERVENCIÓN Estrategias de Repetición.	-Se muestra al niño una tarjeta con una palabra impresa, al cual el niño debe atender, luego se le dice al paciente "te voy a deciralgo y tú la repites después de mí", -Después se le muestra la misma tarjeta, mientras el paciente intenta pronunciar la palabra, el terapeuta produce la palabra con habla pantomimada (no se expresa con palabras, sino únicamente con gestos). -Seguidamente el terapeuta produce la palabra, se le solicita al niño producirla varias veces en forma consecutiva, sin ayuda de ningún tipo.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento	▪ Tarjetas con palabras Impresas ▪ Lápiz ▪ Papel ▪ Borrador	35 min.
CIERRE Dinámica: • Sombrero del pensamiento	-Pone las manos en las orejas y tratar de "quitarle las arrugas" empezando desde el conducto auditivo hacia afuera. Todo ello para estimular la capacidad de escucha y ayudar a mejorar la atención.	▪ Reforzamiento positivo		5 min.

SESIÓN 8

Fecha **:** 28/02/2022- 02, 04, 07, 09, 11/03/2022

Título **:** Aprendiendo la correcta prosodia de las palabras

Objetivo1 **:** Mejorar la prosodia de las palabras mediante juegos simbólicos.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO Canción "Pin Pon es un muñeco"	Se le enseña al niño la canción "Pin Pon es un muñeco" apoyándose del video del mismo.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo	▪ Video de la canción "Pin Pon es un muñeco" ▪ Lista de estímulos (palabras de dos silabas como mínimo, frases y oraciones) ▪ Imágenes de los estímulos ▪ Una mesa ▪ Dos sillas	10 min.
INTERVENCION Terapia de entonación melódica	**Pautas:** -El paciente y el terapeuta se sientan frente a frente en una mesa, de manera que el paciente pueda ver la cara y la boca del terapeuta, observando cómo se forman los sonidos. Antes de iniciar la sesión se deben determinar los patrones tonales acentuales y rítmicos de los estímulos a presentar. La terapeuta sujeta con su mano derecha la mano izquierda del pacientey la golpetea suavemente con cada silaba entonada. Los estímulos se emiten entonados lentamente, con un tono de voz constante, una adecuada modulación que diferencia los tonos altos y bajos basados en la prosodia normal del habla.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento ▪ Retroalimentación		30 min.

	Nivel 1 **Tarareo.-** El terapeuta entona la curva melódica del estimulo. Para cada tono emitido el terapeuta golpea con la mano derecha la mano izquierda del paciente. **Entonación acoplada.-** El terapeuta y el paciente entonan simultáneamente la curva melódica a la vez que se mantienen los golpes. **Repetición inmediata.-** El terapeuta entona el estímulo dando los golpes y a continuación el paciente emite el estimulo solo y el terapeuta realiza los golpes. **Respuesta a una pregunta.-** ¿Qué has dicho? Y el paciente tiene que volver a repetir el tarareo previo. **Nivel 2** **Tarareo.-** El terapeuta presenta una imagen y entona la curva melódica del estimulo. Paracada tono emitido el terapeuta golpea con la mano derecha la mano izquierda del paciente. **Entonación acoplada.-** El terapeuta y el paciente entonan simultáneamente la curva melódica a la vez que se mantienen los golpes. **Repetición Acoplada con apagado.-** Es un paso intermedio en la que empiezan a la vez, pero de repente el terapeuta se calla y el paciente sigue con la entonación del estimulo. **Repetición con pausa.-** El terapeuta entona el estímulo y después de aproximadamente 6 segundos el paciente repite la curva melódica			

	del estímulo solo y el terapeuta realiza los golpes. **Respuesta a una pregunta.-** ¿Qué has dicho? Y el paciente tiene que volver a repetir el tarareo previo.			
CIERRE: Refuerzo de lacanción "Pin Pon es un muñeco"	Se vuelve a practicar la canción "Pin Pon es un muñeco", incitando al niño el aprendizaje del mismo.	▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación		5 min.

SESIÓN 9

Fecha **:** 14, 16, 18, 21, 23, 25/03/2022

Título **:** Aprendiendo la correcta prosodia de las palabras

Objetivo 2 **:** Mejorar la prosodia de las palabras mediante juegos simbólicos.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO Canción "El Barquito Chiquitito"	Se le enseña al niño la canción "El Barquito Chiquitito" apoyándose del video del mismo.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo	▪ Video de la canción "El Barquito Chiquitito" ▪ Lista de estímulos (palabras de dos silabas como mínimo, frases y oraciones) ▪ Imágenes de los estímulos ▪ Una mesa ▪ Dos sillas	10 min.
INTERVENCION Terapia de entonación melódica	**Pautas:** -El paciente y el terapeuta se sientan frente a frente en una mesa, de manera que el paciente pueda ver la cara y la boca del terapeuta, observando como se forman los sonidos. Antes de iniciar la sesión se deben determinar los patrones tonales acentuales y rítmicos de los estímulos a presentar. El terapeuta sujeta con su mano derecha la mano izquierda del paciente y la golpetea suavemente con cada silaba entonada. Los estímulos se emiten entonados lentamente, con un tono de voz constante, una adecuada modulación que diferencia los tonos altos y bajos basados en laprosodia normal del habla.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento ▪ Retroalimentación		30 min.

	Nivel 3: **Repetición con pausa.-** El terapeuta entona el estímulo y después de aproximadamente 6 segundos el paciente repite la curva melódica del estimulo solo y el terapeuta realiza los golpes. **Repetición Acoplada con apagado.-** Es un paso intermedio en la que empiezan a la vez, pero de repente el terapeuta se calla y el paciente sigue con la entonación del estimulo. **Repetición habla diferida.-** El terapeuta produce el estimulo con la prosodia normal y sin golpeteo. Tras una pausa el paciente debe repetir el estimulo en habla normal. **Respuesta a una pregunta (habla diferida).-** Al cabo de unos segundos el terapeuta realiza una pregunta con la prosodia normal. El paciente debe responder también con prosodia normal.			
CIERRE: Refuerzo de la canción "El Barquito Chiquitito"	Se vuelve a practicar la canción "El Barquito Chiquitito", incitando al niño el aprendizaje del mismo.	▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación		5 min.

SESIÓN 10

Fecha **:** 28, 30/03/2022- 01, 04, 06, 08/04/2022

Título **:** Evocando verbos

Objetivo 1 **:** Desarrollar habilidades psicolingüísticas para mejorar la producción sintáctica.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TECNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO: Dinámica: "Ejecutando órdenes"	• Es una actividad para que el niño, a través de órdenes reconozca las formas • Se coloca en una caja las diferentes formas como: cuadrado, triángulo, círculo, rectángulo elaboradas con cartón, y se colocarán 4 platos que representa cada figura. El niño tiene que colocar la forma en el plato correspondiente, a medida que el terapeuta las menciona, con la finalidad de trabajar atención y memoria.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Modelamiento	▪ Formas (círculo, cuadrado, rectángulo, triángulo) elaboradas con cartón. ▪ Platos descartables de diferentes colores ▪ Imágenes que describan verbos ▪ Tarjetas con los verbos de las imágenes.	10 min.
INTERVENCIÓN: Facilitación mediante claves fonológicas	• Se le presenta al niño imágenes que describan verbos: • Se le dice: "Intenta describir la imagen" - Si el niño no lo logra, se le menciona con la letra empieza el verbo y/o con que palabra rima. - Luego se repite a la palabra	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo		30 min
CIERRE: Refuerzo de la dinámica: "Ejecutando órdenes"	• Se le menciona al niño que tendrá un premio si realiza la dinámica "Ejecutando órdenes" más rápido que la primera vez.	▪ Reforzamiento positivo		5 min

SESIÓN 11

Fecha **:** 11, 13, 15, 18, 20, 22/04/2022

Título **:** Evocando verbos

Objetivo 2 **:** Desarrollar habilidades psicolingüísticas para mejorar la producción sintáctica.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO: Dinámica: "Ejecutando órdenes"	-Es una actividad para que el niño, a través de órdenes reconozca los colores. -Se coloca en una caja círculos de diferentes colores elaborados con cartón. El niño tiene que colocar el color en el plato correspondiente, con la finalidad de trabajar atención y memoria.	▪ Modelamiento ▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo	▪ Círculos de cartón de diferentes colores. ▪ Platos descartables ▪ Imágenes que describen verbos	10 min.
INTERVENCIÓN: Técnica de Priming	- Se le menciona al niño una oración con un verbo y el niño la tiene que repetir. - A continuación, se les presenta una imagen que representa el mismo verbo y el niño la tiene que describir.	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo		30 min
CIERRE: Refuerzo de la dinámica: "Ejecutando órdenes"	-Se le menciona al niño que tendrá un premio si realiza la dinámica "Ejecutando órdenes" más rápido que la primera vez.	▪ Reforzamiento positivo		5 min

SESIÓN 12

Fecha **:** 25, 27, 29 /04/2022- 02, 04, 06/05/2022

Título **:** Introduciendo preposiciones en mis narraciones

Objetivo **:** Desarrollar habilidades psicolingüísticas de estructuración gramatical.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO: Dinámica: "La Canción de losdedos"	-Se le enseña al niño "La canción de los dedos". El cual es como sigue: "Este dedito compró un huevito este dedito la cocinó este dedito la fue pelando este dedito lo fue salando y este dedo gordo se lo comió"	▪ Técnicas de restauración ▪ Reforzamiento positivo	▪ Video de la canción de los dedos ▪ Diseños para vestir cada uno de los dedos de una mano	15 min.
INTERVENCIÓN: Respuesta a preguntas	- Se le hace una serie de preguntas al niño de tal manera que se induzca la utilización de preposiciones en las oraciones: Ejemplos: ⇨ Pregunta: "¿Con qué escribo? ⇨ Respuesta: **con** un lápiz *Pregunta:* ¿En dónde duermo? ¿Con qué me peino? ¿A dónde te gusta ir a jugar? ¿Para qué sirve la cuchara? ¿Sobre qué te sientas? ¿Hasta qué hora duermes?	▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación	▪ Lista de preguntas para inducción de preposiciones en las oraciones ▪ Lista de oraciones incompletas	15 min

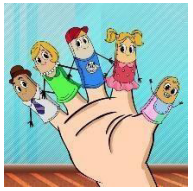
CIERRE: Cierre gramatical	• Se le menciona al niño frases, los cuales tiene que completar verbalmente, por ejemplo: - Para barrer el piso necesita *la*_____ - Después de comer me lava *las* _____ - Para comprar en una tienda, pagamos *con* _____ - Los zapatos se ponen en *los* _____	▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación		15 min

SESIÓN 13

Fecha **:** 09, 11, 13, 16, 18, 20, 23, 25, 27/05/2022

Título **:** Mejorando mi producción de oraciones

Objetivo 1 **:** Desarrollar habilidades de conciencia pragmática.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO: Dinámica: Evocando "La Canción de los dedos"	-Se le recuerda al niño "La canción de los dedos" y se le motiva a que lo cante él solo con ayudad de mímicas por parte del terapeuta.	▪ Retroalimentación ▪ Reforzamiento positivo	▪ Diseños para vestir cada uno de los dedos de una mano  ▪ Lista de 60 estímulo (4 primeras clases de oraciones cadauna con sus 15 estímulos)	5 min.
INTERVENCIÓN: Producción sintáctica	- Se le presenta al niño 8 clases de oraciones, cada una de 15 estímulos en 2 niveles de dificultad, formando un total de 120 estímulos (para esta sesión solo se presentará al niño las primeras 4 clases de oraciones). - El nivel A requiere repetir como respuesta a una pregunta, el nivel B, requiere responder sin modelo. Ejemplos:	▪ Técnica de restauración ▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación		30 min

	<u>NIVEL A:</u> (Historia para leer + viñeta) - El autobús de NICK llega dentro de 10 min y Nick todavía está en cama, por lo tanto, su madre le dice: "Levantate" ¿Qué le dice su madre? **<u>NIVEL B</u>** (Historia para leer) - El autobús de Nick llega dentro de 10 min y Nick todavía está en cama ¿Qué le dice su madre? - Si en cualquier nivel existe la certeza de que el paciente no ha oído o no ha prestado atención, se repetirá una vez más. - Si el paciente ha comprendido y ha atendido a la prueba, pero no puede producir correctamente el estímulo, el terapeuta deberá anotar las respuestas, puntuar de manera acorde y presentar el siguiente estímulo: 1 : cuando la respuesta es totalmente correcta 0.5 : cuando el paciente se autocorrige 0 : cuando la respuesta es incorrecta - Debe alcanzarse un nivel de ejecución del 85% sobre el total de puntos para un tipo oracional en los niveles A+B o solo B, antes de pasar a la siguiente clase de oración.			

CIERRE: Canción " 5 lobitos tiene la loba"	• Se le enseña al niño la coreografía de la canción " 5 lobitos tiene la loba" y se canta la canción conjuntamente con el niño. • La canción es de la siguiente manera: "5 lobitos tiene la loba, 5 lobitos detrás de la escoba 5 tenía 5 crió y a los 5 lobitos tetita les dio sha la la la (3 veces). 5 deditos tiene la mano, todos bonitos y todos hermanos: Indice, Meñique, corazón, anular y el más regordoce se llama Pulgar, Sha la la la (3 veces)"	▪ Modelamiento ▪ Reforzamiento positivo ▪ Técnica de restauración	Vídeo de la canción "5 lobitos tiene la loba"	10 min

SESIÓN 14

Fecha **:** 30/05/2022- 01, 03, 06, 08, 10, 13, 15, 17/06/2022

Título **:** Mejorando mi producción de oraciones

Objetivo 2 **:** Desarrollar habilidades de conciencia pragmática.

ACTIVIDAD	PROCEDIMIENTO	TÉCNICAS	MATERIALES	TIEMPO
INICIO: Refuerzo de la canción "5 Lobitos tiene la loba"	▪ Se practica con el niño la coreografía de la canción "5 lobitos tiene la loba" y se le estimula a cantarla conjuntamente con el terapeuta	▪ Retroalimentación ▪ Reforzamiento positivo	▪ Video de la canción: "5 lobitos tiene la loba" ▪ Lista de los estímulos (4 clases de oraciones cadauna con sus 15 estímulos) ▪ Figuritas con personajes del dibujo animado favorito del niño y miembros de su familia ▪ Caja de cartón decorada.	5 min.
INTERVENCIÓN: Producción sintáctica	▪ Se le presenta al niño las 4 clases de oraciones restantes de la sesión 13, cada clase de oración tiene 15 estímulos en 2 niveles de dificultad, formando un total de 60 estímulos. ▪ El Nivel A requiere repetir como respuesta a una pregunta el Nivel B requiere responder sin modelo ▪ Se seguirán los lineamiento de la sesión13	▪ Técnica de restauración. ▪ Reforzamiento positivo ▪ Retroalimentación		30 min
CIERRE: Dinámica: "La cesta de cuentos"	▪ En una caja de cartón pones figuritas de personajes con los cuales el niño tendrá que crear una historia (pueden ser personajes de sus dibujos animados favoritos o miembros de su familia) ▪ Se le dice al niño que con todas las figuritas de personajes que están dentro de la caja de cartón, deberá crear una historia y construir una narración.	▪ Reforzamiento positivo		10 min

2.7. Consideraciones éticas

El presente trabajo académico es una investigación que no conllevará riesgo alguno, ni daño al participante, por el contrario, buscará mejorar el conocimiento a través del aporte de resultados que serán obtenidos a través del recojo de información mediante la evaluación neuropsicológica al paciente y la aplicación del programa de estimulación neuropsicológica, el cual se llevará a cabo en el domicilio del paciente. De la misma manera, respecto a la vulnerabilidad, el paciente es considerado una persona vulnerable, por lo que para su participación se hará firmar un consentimiento informado por escrito a la madre de familia, a quien se explicará en que consiste la investigación y cómo será su participación. Por otra parte, la investigación garantizará la privacidad y confidencialidad de los datos personales del paciente y se salvaguardará la información y datos recogidos.

2.8 Resultados cuantitativos del post test

Tabla 15

Perfil cognitivo post test

Test	Área	Centil	Categoría Diagnostica
CUMANIN	Psicomotricidad	15	Deficiente
	Lenguaje articulatorio	15	Deficiente
	Lenguaje expresivo	4	Deficiente
	Lenguaje comprensivo	60	Promedio
	Estructuración espacial	10	Deficiente
	Visopercepción	65	Superior al promedio
	Memoria icónica	90	Superior al promedio
	Ritmo	30	Inferior al promedio
	Fluidez verbal	10	Deficiente
	Atención	35	Inferior al promedio

	Lectura	40	Promedio
	Escritura	55	Promedio
	Cociente de desarrollo	83	Inferior al promedio
Test de Melgar	Articulación y pronunciación de fonemas, e identificación de omisiones, adiciones, sustituciones o distorsiones de fonemas en las palabras.		-Errores de articulación: Fonemas: */s/ /x/ /d/ /r/ /rr/.* Mezclas de fonemas: */tr/ /fr/ /pr/ /dr/ /gr/ /tl/ /br/ /kr/ /kl/ /fl/* Diptongos:*/au/ /ei/* -Errores de: Sustitución: 26/59 Omisión: 20/59 Adición: 2/59 Distorsiones: 1/59

Nota. La tabla muestra el perfil cognitivo post test del caso presentado. Elaboración propia.

Interpretación cualitativa

Según los resultados del post test podemos observar que el niño tuvo algunos avances en el área del lenguaje, pero aun presenta dificultades, ya que todavía no puede articular y pronunciar los fonemas: */s/, /x/, /d/, /r/* y */rr/,* mezclas de fonemas: */tr/, /fr/, /pr/, /dr/, /gr/, /tl/, /br/, /kr/, /kl/* y */fl/* y diptongos: */au/ y /ei/* requiriendo de mayor estimulación para la articulación adecuada de los mismos. Asimismo, no puede repetir correctamente las palabras (*lenguaje articulatorio*) que contengan dichos fonemas; pero si logra repetir mejor las palabras que contengan los fonemas, mezclas de fonemas y diptongos que el niño domino con la aplicación del programa de estimulación, como son los fonemas: */k/* y */f/*, mezcla de fonemas */pl/* y los diptongos */ue/ y /ua/*. Cabe resaltar también que la mejora en el aspecto de la repetición de palabras es que el niño repite mejor cada silaba contenida en las palabras, que contengan los fonemas que ya domina, ello producto de la estimulación de la conciencia silábica y la estimulación de la repetición de silabas, por lo que comete menos errores de sustitución de fonemas integradas en las palabras.

Por otro lado, en cuanto a la repetición de frases (*lenguaje expresivo*), el niño no logra aun repetir adecuadamente las frases, ya que no logra articular y repetir apropiadamente varias palabras

y tiende a omitir algunas palabras integradas en las frases. En esta misma línea, en el aspecto de *fluidez verbal*, el niño aun presenta dificultades, ya que produce palabras aisladas y tiende a omitir palabras o silabas que sirven de conectores de palabras para darle sentido a la oración y usa máximo 4 palabras en sus estructuras sintácticas, el avance que se puede tener en este aspecto de fluidez verbal es que el niño articula mejor algunas palabras, el cual contribuye de alguna maneraa la mejor comprensión de sus expresiones, por lo que se requiere de mayor tiempo de estimulación o el uso de estrategias adicionales para mejorar el componente morfosintáctico del lenguaje en el niño.

En el Test de Melgar, respecto a los errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de fonemas integrados en las palabras, cometió 26 errores de sustitución de los 36 errores que cometió en el pre test, articulando mejor 10 palabras sin llegar a sustituir los fonemas /k/, /f/, /b/ y /g/, mezcla de fonemas /pl/ y los diptongos /ue/ y /ua/; por otro lado, en los errores de omisión, adición y distorsión, continua manteniendo los mismos errores cometidos que en el pre test, es decir el niño continua distorsionado, adicionando y omitiendo fonemas integrados en las palabras no logrando avances en este aspecto.

Por último, en el Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil-CUMANIN, el niño mantiene las categorías diagnósticas del pre test en las escalas de psicomotricidad, estructuración espacial, memoria icónica y atención, pero aumento en puntajes en los mismos, lo cual probablemente se deba a la estimulación cognitiva recibida. En el nivel de madurez neuropsicológica el niño mantiene la categoría diagnostica de Inferior al Promedio, pero aumento en puntaje, lo cual indica que el nivel de madurez aun es pobre en relación a su edad cronológica, lo cual se deba posiblemente a las dificultades en el área del lenguaje, ya que en estas áreas obtuvo los puntajes más bajos.

III. RESULTADOS

3.1. Análisis de resultados

Tabla 16

Resultados cuantitativos del Pre Test y Post Test

INSTRUMENTO	RESULTADOS PRE TEST	SESIONES DE ESTIMULACION	RESULTADOS POST TEST
Cuestionario de madurez neuropsicológica infantil-CUMANIN	PM: 5/Deficiente LA: 15/Deficiente LE: 4/Deficiente LC: 60/Promedio EE: 5/Deficiente VP: 65/Superior al promedio MI: 75/Superior al promedio R: 30/ Inferior al promedio FV: 10/Deficiente A: 25/Inferior al promedio L: 40/Promedio E: 55/Promedio	Sesiones: 5,6,7,8,9,10, 11, 12,13,14.	PM: 15/Deficiente LA: 15/Deficiente LE: 4/Deficiente LC: 60/Promedio EE: 10/Deficiente VP: 65/Superior al promedio MI: 90/Superior al promedio R: 30/ Inferior al promedio FV: 10/Deficiente A: 35/Inferior al promedio L: 40/Promedio E: 55/Promedio
Test de Melgar	-Errores de articulación Fonemas: */k/ /f/ /r/ /rr/ /s/ /x/ /d/.* Mezclas de fonemas: */br/ /gr/ /tr/ /kr/ /fl/ /tl/ /kl/ /pl/ /dr/ /fr//pr/.* *D*iptongos: */au//ei//ua//ue/.* -Errores de: Sustitución: 36/59 Omisión: 20/59 Adición: 2/59 Distorsión: 1/59	Sesiones: 1,2,3,4, 5, 6, 7, 8, 9.	-Errores de articulación Fonemas: */s/ /x/ /d/ /r/ /rr/.* Mezclas de fonemas: */tr/ /fr/ /pr/ /dr/ /gr/ /tl/ /br/ /kr/ /kl/ /fl/* Diptongos:*/au/ /ei/* -Errores de: Sustitución: 26/59 Omisión: 20/59 Adición: 2/59 Distorsión: 1/59

Nota: PM: Psicomotricidad, LA: Lenguaje articulatorio, LE: Lenguaje expresivo, LC: Lenguaje comprensivo, EE: Estructuración espacial, VP: Visopercepción, MI: Memoria icónica, R: Ritmo, FV: Fluidez verbal, A: Atención, L: Lectura, E: Escritura. Elaboración propia

3.2. Discusión de resultados

En base a los resultados obtenidos primeramente en el pre test, podemos observar que el niño presenta dificultades en las áreas del lenguaje, el cual según los resultados del Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil-CUMANIN, están deficientes y por ende cuantificablemente por debajo de lo esperado en función de la edad del niño. Para empezar, el niño presentaba dificultades para articular los fonemas: */k/, /f/, /r/, /rr/, /s/, /x/* y */d/,* mezclas de fonemas: */br/, /gr/, /tr/, /kr/, /fl/, /tl/, /kl/, /pl/, /dr/, /fr/* y */pr/* y diptongos */au/, /ei/, /ua/* y */ue/* integrados en las palabras, pudiendo articular los fonemas: */m/, /t/, /b/, /l/, /ch/, /n/, /g/, /y/* y */p/,* mezclas de fonemas */bl/* y */gl/* y los diptongos */eo/* y */ie/,* asimismo cometía errores de sustitución, omisión, adición y distorsión de fonemas, lo cual revelaba un retraso en la adquisición fonémica, ya que según Melgar (1994) a la edad de tres años el niño debía adquirir los fonemas: */f/* y */k/* y los diptongos: */ua/* y */ue/*; igualmente a la edad de 4 años debió adquirir el fonema: */r/* y la mezcla de fonemas */pl/* y por ultimo a su edad (5 años) era apropiado adquirir la siguiente mezcla de fonemas: */kl/, /br/, /fl/,/kr/* y */gr/* y los siguientes diptongos: */au/* y */ei/*. En esta misma línea, en el área del lenguaje articulatorio, había una discapacidad para articular y repetir palabras, manifestando de esta manera su pobre función motora (Portellano-Mateos et al., 2009), lo cual está relacionado con la psicomotricidad, escala en la que el niño también mostraba deficiencias, y está relacionado al nivel de desarrollo de las estructuras encefálicas que se relacionan con el lenguaje (Portellano-Mateos et al., 2009). Asimismo, las deficiencias para repetir frases revelan en el niño las posibles dificultades en el procesamiento audiofonológico (Portellano-Mateos et al., 2009), en los procesos psicolingüísticos afectados como es el caso de la actividad dentro del almacén fonológico en la memoria de trabajo (Acosta-Moreno et al., 2012) y un déficit de procesamiento temporal en la que hay dificultades en la percepción de estímulos rápidos y de varios estímulos al mismo tiempo

(Tallal, 1999), demostrando con todo ello las dificultades en el componente fonético-fonológico del lenguaje del niño. Por otro lado, tenía incapacidad de formar frases y oraciones con sentido a partir de una palabra, ya que el niño tendía a omitir palabras que sirven de conectores y dan sentido a la frase y distorsionar las palabras integradas en las frases, con lo que podemos señalar por un lado que el niño produce parafasias sobre todo las fonológicas que consisten en la adición, omisión, reemplazo o desplazamiento de la serie de fonemas de una palabra provocando la distorsión de las palabras (Gallardo y Veyrat, 2004), este problema se debe, según Aguilar (2002), a un problema de procesamiento que afecta a la fonología; y por otro lado hay ausencia de aspectos morfológicos y de palabras funcionales como: artículos, conjunciones, preposiciones y pronombres en sus expresiones, los cuales son características del síndrome Fonológico-Sintáctico en el TEL según Rapin (1996), y como lo explica Aguilar (2002) la palabras funcionales que se anteponen a los verbos, sustantivos, adjetivos, etc., afecta a la morfosintaxis, el cual se considera la característica más común en niños con TEL, que suelen presentar una cierta ceguera para inducir las reglas implícitas que rigen la gramática de la lengua, poniéndose de manifiesto el uso destacado de frases simples y un menor uso de frases compuestas (Acosta, 2012). De la misma manera, en cuanto a otras dificultades que presenta el niño, se encuentra las alteraciones en la lateralidad (lateralidad atípica) que es un aspecto que se relaciona con el predominio del hemisferio izquierdo para el lenguaje en la mayoría de las personas, por lo que los niños que obtienen fórmulas de lateralidad atípica suelen tener trastornos del lenguaje (Portellano-Mateos et al., 2009), ello también puede guardar relación con el nivel deficitario que obtuvo el niño en la escala de estructuración espacial que implica el desconocimiento de las nociones de derecha e izquierda. En cuanto al nivel de atención que están por debajo del promedio, es un resultado que coincide con los obtenidos por estudios sobre los marcadores cognitivos en el TEL que demuestran dificultades en la atención en

niños con TEL (Buiza-Adrián et al., 2007). En el nivel de maduración neuropsicológica, que se define como el nivel de desarrollo madurativo que admite el desenvolvimiento de las funciones cognitivas, y conductuales acorde a la edad cronológica del sujeto (Portellano-Mateos et al., 2009), en los resultados del pre test obtuvo un puntaje que lo ubica en la categoría diagnóstica de Inferior al Promedio, lo cual probablemente se deba principalmente a los puntajes bajos obtenidos en las áreas del lenguaje, ya que en estas áreas en los que obtuvo los puntajes más bajos.

Por otra parte, respecto a los aspectos en las que el niño no presenta dificultades es en los niveles de memoria icónica, visopercepción y lenguaje comprensivo, corroborando lo mencionado por Buiza-Adrian et al. (2007), que sostiene que "No hay una disfunción cognitiva general en el TEL" (p. 331). Asimismo el nivel de inteligencia registrado en el niño según los resultados es normal para su edad cronológica, cuyos puntajes demuestran un CI Verbal bajo, que indica dificultades en el lenguaje y un CI de Ejecución normal, respecto a este puntaje del CI de Ejecución cabe mencionar lo sustentado por Campos y Halliday (2020) que demuestran que el CI de Ejecución o No Verbal no es un predictor del crecimiento del lenguaje , es decir, lo niños con TEL presentan variabilidad respecto a estos puntajes, ya que las trayectorias de lenguaje son similares entre niños con TEL y CI de Ejecución normal y niños con TEL y CI de Ejecución bajo (Norbury-Vamvakas et al., 2017). Del mismo modo, el nivel del léxico o vocabulario, datos obtenidos mediante la aplicación de los test, son normales en el caso clínico, mostrando que no hay dificultades en el componente léxico-semántico del lenguaje. Agregando que el niño no tuvo lesión cerebral alguna y no tiene enfermedad neurológica, se cumplen con los criterios diagnósticos para un Trastorno Especifico del Lenguaje-TEL, específicamente para el TEL Tipo Expresivo según la clasificación de Rapin (1996), en la que la principal característica son las dificultades en la fonología y en la sintaxis del lenguaje, y no en la comprensión del mismo. Es por ello, que teniendo

en cuenta estos resultados, se diseñó un programa de estimulación neuropsicológica cuyo objetivo es trabajar el componente fonético-fonológico y morfosintáctico del lenguaje.

Con la aplicación del Programa de Estimulación Neuropsicológica y según los resultados del post test, se observa que el niño si respondió a las actividades programadas en el programa, es por ello que muestra algunos avances principalmente en el componente fonético-fonológico más que en el morfosintáctico; sin embargo aún presenta dificultades en las áreas del lenguaje como son: el lenguaje articulatorio lenguaje expresivo y fluidez verbal, lo cual se debe básicamente a que el niño aún tiene problemas para articular los fonemas como son: */s/, /x/, /d/, /r/ y /rr/,* mezclas de fonemas */tr/, /fr/, /pr/, /dr/, /gr/, /tl/, /br/, /kr/, /kl/ y /fl/* y diptongos */au/ y /ei/,* sin embargo, producto de la aplicación del programa de estimulación logro dominar los fonemas */k/ y /f/,* mezcla de fonemas */pl/* y los diptongos */ue/ y /ua/*, resaltando en este apartado que el niño aun muestra retraso en la adquisición de mezclas de fonemas y diptongos, ya que para su edad debió adquirir las mezclas de fonemas */gr/, /br/, /kr/, /kl/ y /fl/* y los diptongos */au/ y /ei/;* no obstante, en cuanto a la adquisición de fonemas el niño ya adquirió los fonemas que debía adquirir para su edad (Melgar, 1994). *A*simismo, en cuanto a la sustitución, omisión, adición y distorsión de fonemas integrados en la palabras, en la evaluación del post test en el que se trabajó con las palabras propuestas en el Test de Melgar, el niño revela los siguientes avances: en los errores de sustitución el niño cometió 26 errores de sustitución en el post test de los 36 errores que cometió en el pre test, articulando mejor 10 palabras sin llegar a sustituir los fonemas /k/, /f/, /b/ y /g/, mezcla de fonemas /pl/ y los diptongos /ue/ y /ua/, sin embargo, en los errores de distorsión, adición y omisión, el niño mantiene los errores cometidos en el pre test, es decir el niño continua omitiendo, adicionando y distorsionando fonemas integrados en las palabras no logrando avances en este aspecto. Respecto a la repetición de palabras (lenguaje articulatorio), el niño repite y articula mejor las silabas y

palabras que contengan los fonemas, mezclas de fonemas y diptongos que ya domina, ello producto de la estimulación de la conciencia silábica recibida. En la repetición de frases (lenguajeexpresivo), el niño aun no repite adecuadamente las frases, ya que todavía no articula apropiadamente varias palabras y tiende a omitir algunas palabras integradas en las frases. Asimismo, en la formación de frases y oraciones a partir de una palabra (fluidez verbal), el niño aun produce palabras aisladas, no haciendo uso de los conectores que dan sentido a una frase u oración, y usando máximo 4 palabras en sus estructuras sintácticas, denotando que aun usa frasessimples y no compuestas; el avance que se puede destacar en este aspecto es que el niño articula mejor algunas palabras contribuyendo de alguna manera en la comprensión de sus expresiones. Lapresencia de estas dificultades puede deberse de alguna manera al nivel de madurez neuropsicológica del niño, el cual según los resultados del post test aún está por debajo de lo normal, y posiblemente se deba a los puntajes bajos obtenidos en las áreas del lenguaje, áreas en las que obtuvo los puntajes más bajos al igual que en el pre test. Cabe mencionar en este apartadoque los puntajes principalmente de las escalas de psicomotricidad, atención y memoria icónica aumentaron en puntajes, lo cual se deba probablemente a la estimulación cognitiva recibida, sin embargo, la categoría diagnóstica indica que la psicomotricidad y atención aún están por debajo de lo normal para la edad del niño.

Como se puede observar no se logró resultados significativos y no se llegó a cumplir a cabalidad con los objetivos planteados en el presente trabajo académico, ya que aún el niño manifiesta dificultades en las áreas del lenguaje, resaltando en este sentido que se requiere de mayor tiempo de estimulación para lograr resultados óptimos, dando a entender que en niños con TEL el trabajo de estimulación del lenguaje es prolongado en el tiempo, como menciona Acosta-Moreno et al. (2012), el TEL persiste en el tiempo y hay resistencia a la recuperación con el

tratamiento, es por ello que la intervención debe ser a temprana edad en la etapa preescolar, para prevenir consecuencias en la etapa escolar, sobretodo en el aprendizaje de la lectoescritura (Ubeda, 2017).

Respecto a la comparación de resultados con otros estudios cabe mencionar que a nivel nacional existen escasos estudios respecto a la aplicación de programas de intervención a niños con TEL, específicamente programas de estimulación neuropsicológica, resaltando en este sentido que el presente trabajo académico contribuirá al conocimiento científico del tema, una problemática que afecta a nuestros niños peruanos y que es necesario abordarlos tempranamente y haciendo uso de herramientas eficaces de intervención, en este sentido haciendo un análisis de los resultados obtenidos en el post test podemos observar que se lograron mejores resultados en el componente fonético-fonológico que en el componente morfosintáctico del lenguaje, resultados que coinciden con los obtenidos por algunos estudios como el de Lagunas (2018), quien realizo una investigación en el Perú, en la que propuso un programa de intervención para un niño de 4 años 1 mes con diagnóstico de TEL, cuyo objetivo fue trabajar los componentes léxico, semántico y morfosintáctico del lenguaje, obteniendo mejores resultados en el componentes léxico-semántico que en el morfosintáctico; asimismo, Viela (2017) realizo un estudio en España en la que también propuso un programa de intervención para un alumno con TEL, cuyo objetivo fue estimular los componentes léxico y morfosintáctico del lenguaje, llegando a la conclusión que se obtuvieron mejores resultados en el componente lexical que en el morfosintáctico; de igual forma Jordán y Rodríguez (2016), propusieron un manual de intervención para el TEL, el cual aplicaron a un caso clínico de TEL cuyos resultados manifiestan igualmente pobres avances en el aspecto morfosintáctico y mejores resultados en los componentes fonético-fonológico y semántico. Estos datos dan a entender que probablemente el componente morfosintáctico del lenguaje requiere de

mayor tiempo de estimulación para lograr resultados óptimos en comparación con los componentes léxico-semántico o fonético-fonológico.

Por último, en el ámbito familiar hubo cambios en la dinámica, ya que los padres recibieron orientación respecto a la importancia de apoyar emocionalmente al niño en el proceso de intervención para la mejora del lenguaje, dando mayor atención al niño y por parte de la madre control de sus emociones ante los problemas que presenta su menor hijo, es por ello que el ámbito escolar el niño muestra menos rechazo a las tareas escolares ya que la madre tiene más paciencia en la enseñanza de las mismas; en el aspecto social, el niño muestra más interés en acercarse a sus compañeros para jugar en el jardín según refiere la mama, lo cual puede deberse a que tiene mayor interés por comunicarse con ellos o percibe menos rechazo de los mismos. Estos cambios continuarán mejorando a medida que el niño mejore el uso del lenguaje y los padres continúen en orientación para la mejora de la dinámica familiar y apoyo en el aspecto psicológico del niño.

3.3. Seguimiento

En la Tabla 15 se muestra el perfil cognitivo del paciente después de la aplicación del programa de estimulación propuesto, a partir del cual se realizará el seguimiento.

IV. CONCLUSIONES

- Se diseñó un programa de estimulación neuropsicológica en el que se logró mejorar la capacidad de articular y pronunciar los fonemas */k/* y */f/*, mezcla de fonemas */pl/* y diptongos */ua/* y */ue/*.
- El niño comete menos errores de sustitución de fonemas integrados en las palabras, pero continúa cometiendo errores de omisión, adición y distorsión.
- Se logró mejorar la articulación, pronunciación y repetición de silabas y palabras que contengan los fonemas, mezclas de fonemas y diptongos dominados producto de la aplicación del programa de estimulación.
- En la repetición de frases, el niño no logra repetir adecuadamente toda la frase ya que no articula adecuadamente varias palabras y tiende a omitir palabras integradas en las frases.
- No se lograron avances significativos en la formación de frases y oraciones a partir de una palabra o fluidez verbal.

V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar estimulando al niño tanto en el componente fonético-fonológico como en el morfosintáctico para lograr niveles óptimos en el desempeño del lenguaje de acuerdo a la edad cronológica del niño, y así evitar consecuencias futuras sobretodo en el aspecto del aprendizaje de la lectoescritura.
- Trabajar conjuntamente con la familia del niño y capacitarlos en las actividades de estimulación para ayudar al niño desde casa y de esa manera optimizar los resultados.
- Continuar dando el apoyo emocional a la familia para que puedan sobrellevar con mayor efectividad la problemática del niño.
- Para la aplicación del programa de estimulación propuesto se recomienda adaptarlo a la realidad cultural del niño a tratar e incluir a la familia como apoyo principal.
- Se recomienda diseñar programas de estimulación del lenguaje por cada componente del lenguaje y no integrarlos en uno solo, esto con la finalidad de lograr mejores resultados en cada componente del lenguaje.
- Se recomienda usar la versión actual de la Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria WPPSI para evaluación de la inteligencia, ya que brinda un panorama más amplio de la capacidad intelectual.

VI. REFERENCIAS

Acosta, V. M., Moreno, A. y Axpe, A. (2012). Implicaciones clínicas del diagnóstico diferencial temprano entre retraso del lenguaje y trastorno especifico del lenguaje. *Revista Universitas Psychological, 11*(1), pp. 279-291.

Acosta, V.M. (2012). Algunos retos y propuestas en la conceptualización, evaluación e intervención del Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL). *Revista Chilena de Fonoaudiología, 11*, pp.23-36.

Aguado, G. (1999). *Trastorno especifico del Lenguaje: retraso del Lenguaje y disfasia.* Ajibe.

Aguado, G. (2011). *Trastornos específicos del lenguaje*. Aljibe.

Aguilar, E. (2002). Diagnóstico diferencial precoz entre el Trastorno del Lenguaje y el Retraso del Lenguaje a partir de los procesos de simplificación fonológica. *Revista de logopedia, foniatría y audiología, 22*(2), pp. 90-99.

Aguilera, S. y Orellana, C.E. (2017). Trastornos del Lenguaje. *Revista Pediatria Integral, 21*(1), pp. 15-22.

Alarcón, V.A.M. (2018). *Estudio de caso de una niña de 5 años con trastorno especifico del Lenguaje*. [Tesis de segunda especialidad, Pontificie Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. http://hdl.handle.net/20.500.12404/12776

American Speech Language Hearing Association-ASHA (1980). *Guide to Graduate Education in Speech-Language, Pathology and Audiology*. Amer Speech Language.

Anderson, R.M. (1994). *Practitioner's guide to clinical neuropsychology*. Plenum Press.

Asociación Disfasia Sevilla-ADISSE (2007). *Trastorno especifico del desarrollo del lenguaje, descripción y diagnóstico.* https://personal.us.es/cvm/descrip_diag.htm?#top

Ato, M., López, J., y Benavente, A. (2013). Un Sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicologia. *Revista Anales de Psicologia, 29* (3), pp. 1038-1059.

Bardales, A.L. (2006). *Principales características a nivel de la expresión oral y de la comprensión auditiva en niños diagnosticados con disfasia o TEL* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio Institucional UNMSM. http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/984/Bardales_ca.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Bartolomé, A.A. (2014). *Comparación entre el desarrollo de un alumno normal y un alumno disfásico* [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional UVA. http://uvadoc.uva.es/handle/10324/7742

Benedicy, R.H.B. (1989). The effectiveness of cognitive remediation strategies for victims of traumatic head injury: A review of the literature. *Clinical Psychology Review, 9*, pp. 605 – 626.

Bishop, D. y Leonard, L. (2001). *Speech and language impairments in children: causes, characteristics, intervention and outcome*. Psychology Press.

Bishop, D.V.M. (2017). Why is it to hard to reach agreement on terminpology? The case of developmental language disorder (DLD). *International Journal of Language and Communication Disorders*, *52*(6), pp.671-680.

Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Grrenhalgh, T. y Catalise Consortium (2016). CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *Plus one, 11*(7), pp. 96-116.

Blázquez, J.L., Galparsoro, N., Gonzales, B., Lubrini, G., Periañez, J.A., Ríos, M., Sánchez, I., Tirapu, J. y Zulaica, A. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Editorial UOC.

Bruna, O., Roig, T., Puyuelo, M., Junque, C. y Ruano, A. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica.* Editorial Elsevier Masson.

Buiza, J.J., Adrián, J.A. y Gonzales, M. (2007). Marcadores neurocognitivos en el trastorno especifico del lenguaje. *Revista Neurología, 44*(6), pp.326-333.

Campos, A. y Halliday, L. (2020). Implicaciones del cambio terminológico: de "Trastorno Especifico del Lenguaje" a "Trastorno del Desarrollo del Lenguaje". *Revista Digital EOS Perú, 8*(2), pp. 70-90

Castaño, J. (2006). Formas clínicas de las disfasias infantiles. *Revista de Neurología, 34*(1), pp. 107-109.

Castiblanco, M.A., Mejía, D.C., y Uribe, A. (2007). Elaboración sistemática del protocolo especializado de rehabilitación e intervención neuropsicológica "ESLABON". *Revista neuropsicología, neuropsiquiatría y neurociencias, 7*(1), pp. 89-105.

Castro, M., Noriega, G., y Zabaleta, M.P. (2013). *Adaptación y estandarización del test figura-palabra de vocabulario Expresivo de Gardner en niños de 3 a 11 años 11 meses de instituciones educativas privadas y estatales de Lima Metropolitana* [Tesis de maestría,

Pontificie Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. http://hdl.handle.net/20.500.12404/5148

Cicerone, K.D. (2002). Remediation of working attention in mild traumatic brain injury. *Brain Injury, 16*(3), pp. 185-195.

Conti, G. (2000). The relevance of recent research on SLI to our understanding of normal language development. En M. Perkins y S. Howard (Eds.), *New directions in language development and disorders* (pp.7-11). Plenum Publishers.

Conti, G. y Botting, N. (2008). Emotional health in adolescents with and without a history of specific language impairment. *The journal of child psychology and psychiatry, 49*(5), pp. 516-525.

Crespi, M. (2011). *Expresión y comunicación*. Ediciones Paraninfo.

Crespo, N., y Narbona, J. (2006). Subtipos de trastorno especifico del desarrollo del Lenguaje: perfiles clínicos en una muestra hispanohablante. *Revista de Neurología, 43*(1), pp. 193-200.

Dávila, G.K. (2019). *Las dislalias funcionales y la comprensión lectora en alumnos del primer grado de primaria de una institución educativa estatal del distrito de Santiago de Surco* [Tesis de maestría, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio Institucional URP. http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3284

Delgado, A. (2002). Estudio psicométrico del Test de Matrices Progresivas de Raven a colores en estudiantes de primaria de Lima Metropolitana. *Revista de Investigación en Psicologia, 5* (2), pp. 43- 54.

Diaz, U., Buiza, C. y Yanguas, J. (2010). Reserva cognitiva: Evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 45*(3), pp. 150-155

Felicitas, I.R. (2018). Estudio de caso de un niño de 4 años 1 mes con trastorno Especifico del Lenguaje. [Tesis de segunda especialidad, Pontificie Universidad Católica del Perú]. Repositorio Institucional PUCP. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/12805

Francés, I., Baradiaran, M., Marcellan, T. y Moreno, L. (2003). Estimulación psicocognoscitiva en las demencias. *Revista Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 26*(3), 405-422.

Gallardo, P. y Veyrat, M. (2004). *Estudios de lingüística clínica: lingüística y patología*. Guarda Impresores, S.L.

García, A., y Enseñat, A. (2019). La rehabilitación neuropsicológica en el siglo XX. *Revista de Neurología, 69*(9), pp. 383-391.

Gerard, C.L. (1993). *L´enfant dysphasique*. Editorial De Boeck y Larcier S.A.

Ginarte, Y. (2002). Rehabilitación cognitiva. Aspectos teóricos y metodológicos. *Revista de Neurología*, 34(9), pp. 870-876.

Jeron, J., y Aguilar, M. (1993). *Disfasia*. Editorial CEPE.

Jordán, N.A. y Rodríguez, Y.Y. (2016). Propuesta de un manual de intervención para niños con Trastorno Específico del Lenguaje. [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio Institucional UNAM. extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/http://132.248.9.195/ptd2016/junio/0745755/0745755.pdf

Kolb, B., Mohamed, A. y Gibb, R. (2010). La búsqueda de los factores que subyacen a la plasticidad cerebral en los cerebros normal y en el dañado. *Revista de Trastornos de la Comunicación, 44*(5), pp. 502-514.

León, J. (1995). *Manual de neuropsicología humana*. Editorial Siglo XXI.

Leonard, L.B. (1998). *Children with specific language impairment*. MIT Press

López, C. (2018). Atención temprana en déficits lingüísticos: Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional UVA. https://1library.co/document/nq78w4oz-atencion-temprana-deficits-linguisticos-trastorno-especifico-lenguaje-tel.html

Luria, A.R. (1977). *Las Funciones corticales superiores del hombre*. Editorial Orbe.

Mahieux, F. y Gely, M.C. (1997). Classification des troubles cognitifs lies à l'âge. En M.C. Derouesné y M.C. Gély (Eds.), *De la plainte mnésique aux stades précoces de l'Alzheimer* (pp. 85-98). Solal.

Martin, N. (2021). *TEL y la lectura. Propuesta de intervención neuropsicológica diseñada para estimular la conciencia fonológica en el primer curso de educación primaria.* [Tesis de maestría, UNIR. La Universidad en Internet]. Repositorio Institucional UNIR. https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/11941/Mart%c3%adn%20Barrios%2c%20Nerea.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Martínez, P.C. (2006). El método de estudio de caso: Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento y Gestión. 20*, pp. 165-193.

Melgar, M. (1994). *Como detectar al niño con problemas del habla*. Editorial Trillas.

Mendoza, E. (2001). *Trastorno especifico del Lenguaje (TEL).* Editorial Pirámide.

Mendoza, E. (2016). *Trastorno especifico del Lenguaje. Avances en el estudio de un trastorno invisible*. Editorial Pirámide.

Monfort, M. y Juarez, A. (1996). *El niño que habla. El lenguaje oral en el preescolar*. Editorial CEPE

Monfort, M., y Juárez, A. (1993). *Los niños difásicos.* Editorial CEPE.

Montes, C. y Salazar, M.J. (2018). *Efectos de un programa de intervención en el lenguaje sobre la comprensión lectora en niños diagnosticados con Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL): Estudio de caso.* [Tesis de maestría, Universidad de Sucre]. Repositorio Institucional US. google.com/search?q=universidad+de+sucre&rlz=1C1UUXU_esPE998PE998&oq=universidad+de+sucre&aqs=chrome..69i57j46i512j0i512l8.4270j1j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Murillo, K.L., y Regis, E.V. (2020). *Disfasia expresiva del desarrollo y su influencia en el rendimiento académico de niños en una unidad educativa* [Tesis de pregrado, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional UG. http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/50036

Narbona, J. y Chevrie, C. (2001). *El lenguaje del niño. Desarrollo normal. Evaluación y tratamiento*. Editorial Masson.

Narbona. J. y Chevrie, C. (1997). *El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación ytrastornos.* Editorial Masson.

Norbury, C., Vamvakas, G., Gooch, D., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E. y Pickles, A. (2017). Language growth in children with heterogeneous language disorders: A population study. *Journal of child psychology and psychiatry, 58*(10), pp.1092-1105.

Park, N.W., Proulx, G.B., y Towers, W.N. (1999). Evaluation of the attention process training programme. *Neuropsychological Rehabilitation, 15*(2), pp. 199-210.

Pasuy, G., Cisneros, N., y Cisneros, M. (2013). *Las afasias desde una mirada lingüística-cognitiva*. ECOE Ediciones.

Peña, J. (1988). *Manual de logopedia*. Editorial Masson.

Peña, J. (1999). *Intervención cognitiva en la enfermedad de Alzheimer. Fundamentos y principios generales*. Fundación La Caixa.

Piñero, A., Manzano, M., Inguazo, G., Reigosa, V., Morales, A., y Fernández, C. (2000). Adaptación y normación de la prueba de vocabulario Peabody en una muestra de sujetos cubanos. *Revista Cubana de Psicologia, 17*(2), pp. 147-155.

Ponsford, J., Sloan, S., y Snow, P. (1995). *Traumatic brain injury. Rehabilitation for everyday adaptive living.* Editorial Psychology Press.

Portellano, J.A., Mateos, R., y Martínez, R. (2009). *Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil. CUMANIN*. TEA Ediciones, S.A.

Portellano, J.A., y García, J. (2014). *Neuropsicología de la atención, las funciones ejecutivas y la memoria.* Editorial Síntesis.

Puebla, N.M., López, D.M., Hernández, A., y Cisneros, L.M. (2013). La disfasia desde el enfoque de la comunicación. *Revista Humanidades Médicas, 13* (2), pp. 412-432.

Rapin, I. (1996). Developmental language disorders: a clinical update. *Child Psychology Psychiatry, 37*(6), pp. 643-656.

Rapin, I. y Allen, D. (1998). Syndromes in developmental dysphasia and adult aphasia. *Research publications-association for research in nervous and mental, 66*, pp. 57-75.

Riley, K.P., Snowdon, D.A., Desrosiers, M.F. y Markesbery, W.R. (2005). Early linguistic ability, late life cognitive function and neuropathology: Findings from the nun study. *Revista Neurobiology of Aging, 26*(3), pp. 341-347.

Rojas, M. (2015). Tipos de investigación científica. Una implicación de la complicada incoherente nomenclatura y clasificación. *Revista Electrónica de Veterinaria, 16* (1), pp. 1-14.

Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicologia clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 16* (3), pp. 261-270.

Sanai, N., Nguyen, T., Ihrie, R.A., Mirzadeh, Z., Tsai, H.H., Wong, M., Gupta, N., Berger, M.S. Huang, E., Garcia, J.M., Rowitch, D.H. y Alvarez, A. (2011). Corridors of migrating neurons in the human brain and their decline during infancy. *Revista Nature, 478* (7369), pp. 382-386.

Santos, J.L. y Bausela, E. (2005). Rehabilitación neuropsicológica. *Revista Papeles de Psicologia, 26* (90), pp. 15-21.

Sholberg, M.M., y Mateer, C.A. (1989). *Introduction to cognitive rehabilitation: theory and practice.* Editorial Guilford Press.

Sholberg, M.M., y Mateer, C.A. (2001). *Cognitive rehablititation: an integrative neuropsychological approach*. Editorial Guilford Press.

Stark, R.E. y Tallal, P. (1981). Selection of children with specific language déficit. *Journal of Speech and Hearing Disorders, 46*, pp. 114-122.

Tallal, P. (1999). Children with language impairment can be accurately identified using temporal processing measures: A response to Zhang and Tombling. *Brain and Languages, 65*, pp. 395-403.

Tarrega, Ll. (1998). Terapias blandas: Programa de psicoestimulación integral. Alternativa terapéutica para las personas con enfermedad de Alzheimer. *Revista Neurología, 27*(1), pp.51-62.

Úbeda, P. (2017). La historia del trastorno especifico del Lenguaje (TEL). *Revista Redylac, 3*(1), pp. 258-269.

Urzua, A., Ramos, M., Alday, C., y Alquinta, A. (2009). Madurez neuropsicológica en preescolares: propiedades psicométricas del CUMANIN. *Revista Terapia Psicológica, 28*(1), pp. 13-25.

Viela, Z. (2017). Propuesta de intervención para un alumno con Trastorno Especifico del Lenguaje (TEL). [Tesis de pregrado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Institucional UVA. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/26954/TFG-G%202640.pdf;jsessionid=EC374278B2718F2ABB63FBAC159B160C?sequence=1

Villalba, S. y Espert, R. (2014). Estimulación cognitiva: Una revisión neuropsicológica. *Revista Therapeia, 6*, pp. 73-93.

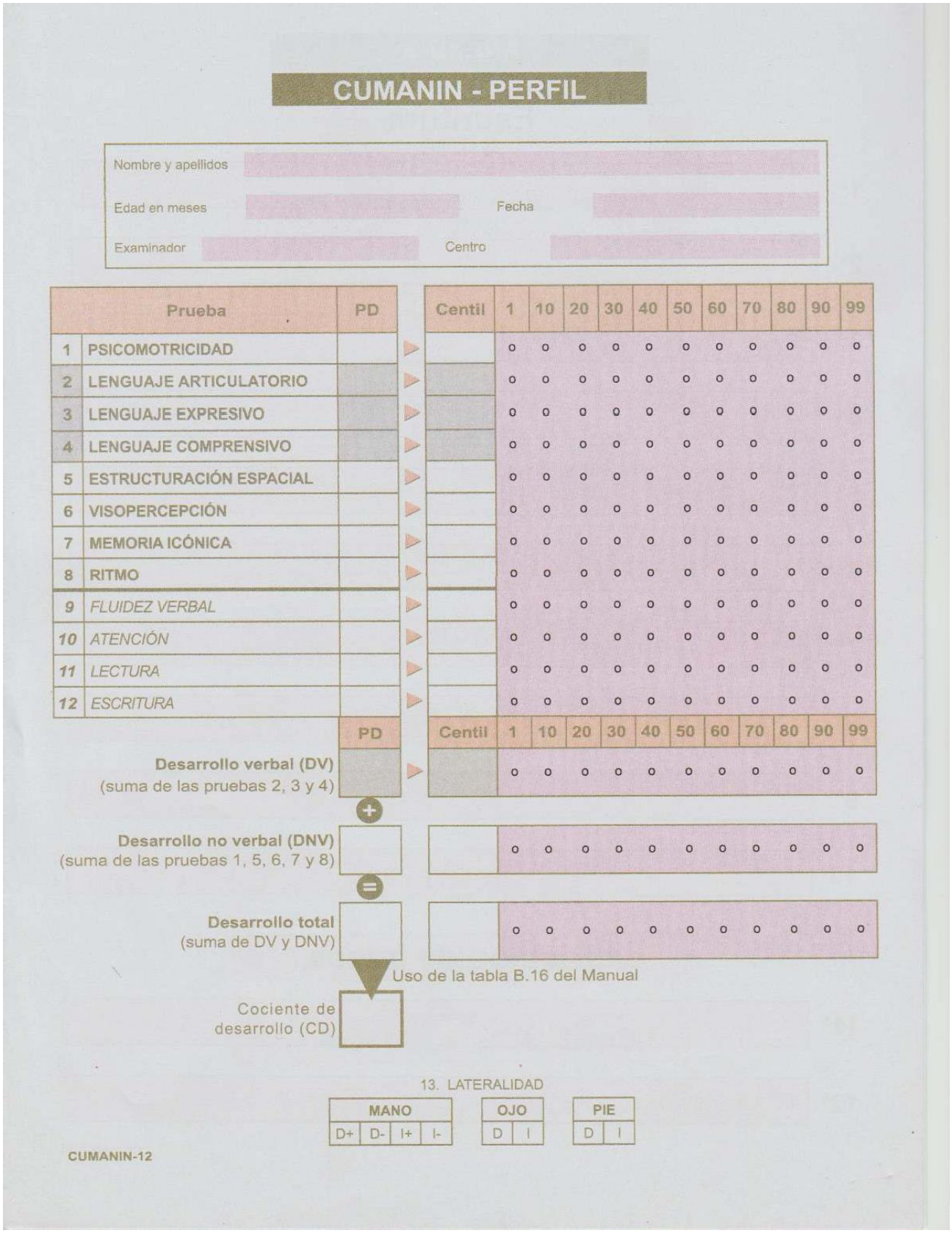
Wechsler, D. (1967). *Manual de la escala de inteligencia de Wechsler preescolar y primaria.* Editorial Psychological Corporation.

Wilson, B.S. (1989). Improving recall of health service information. *Revista Clinical Rehabilitation, 3*(2), pp. 275-279.

World Health Organization (2001). *International classification of functioning disability and health. Short version*. WHO Press.

Zehndera, F., Martina, M. Altgassng, M. y Clarec, L. (2009). Memory trainig effects in old age as markers of plasticy: A meta-analysis. *Revista Restorative Neurology and Neuroscience, 27* (5), pp. 507-520.

VII. ANEXOS



CUMANIN - PERFIL

Nombre y apellidos

Edad en meses Fecha

Examinador Centro

	Prueba	PD	Centil	1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	99
1	PSICOMOTRICIDAD			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
2	LENGUAJE ARTICULATORIO			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
3	LENGUAJE EXPRESIVO			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
4	LENGUAJE COMPRENSIVO			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
5	ESTRUCTURACIÓN ESPACIAL			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
6	VISOPERCEPCIÓN			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
7	MEMORIA ICÓNICA			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
8	RITMO			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
9	*FLUIDEZ VERBAL*			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
10	*ATENCIÓN*			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
11	*LECTURA*			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
12	*ESCRITURA*			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

	PD	Centil	1	10	20	30	40	50	60	70	80	90	99
Desarrollo verbal (DV) (suma de las pruebas 2, 3 y 4)			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Desarrollo no verbal (DNV) (suma de las pruebas 1, 5, 6, 7 y 8)			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o
Desarrollo total (suma de DV y DNV)			o	o	o	o	o	o	o	o	o	o	o

Uso de la tabla B.16 del Manual

Cociente de desarrollo (CD)

13. LATERALIDAD

MANO				OJO		PIE	
D+	D-	I+	I-	D	I	D	I

CUMANIN-12

WPPSI

Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence

RECORD FORM

Escala de Inteligencia Pre-Escolar de Wechsler

FORMULARIO DE REGISTRO

Nombre:.....

Edad: :..... Sexo: .....

Domicilio: :.....

Escuela: :.....Grupo/Grado: .....

Examinador: :.....

Motivos del Examen: :.....

ANOTACIONES

	Año	Mes	Día
Fecha del Test	____	____	____
Fecha nacimiento	____	____	____
Edad	____	____	____

ESCALA VERBAL	Puntaje Pesado	Puntaje Equivalente
Información		
Vocabulario		
Aritmética		
Semejanzas		
Comprensión		
(Oraciones) Supl.		
Puntaje Verbal		
ESCALA EJECUTIVA		
Casa de animales		
Figuras Incompletas		
Laberintos		
Diseño Geométrico		
Diseño de Bloques		
Re-test casa de animal		
Puntaje de Ejecución		

	Puntaje Equivalente	CI
Puntaje Verbal		
Puntaje de Ejecución		
Puntaje Equivalente Total		
*Prorratear si es necesario		

Copyright 1949, © 1963, 1967 by The Psychological Corporation.
All rights reserved. No part of this record form may be reproduced in any form of printing or by any other means, electronic or mechanical, including, but not limited to, photocopying, audiovisual recording and transmission, and portrayal or duplication in any information storage and retrieval system, without permission in writing from the publisher. See Catalog for further information.
All rights reserved under the Berne Convention
Translated and Adapted by Permission
Translation copyright © 1982 by The Psychological Corporation, New York,
ALL RIGHTS RESERVED

EMAPE

PROTOCOLO DE PRUEBA DE RAVEN

ESCALA ESPECIAL

INSTITUTO, ESCUELA O CLINICA

Nombre: _____ Expediente N° _____

Lugar y Fecha de Nac. _____

Forma de aplicación: _____ Motivo de aplic.: _____

Edad: ___ años ___ meses Grado: _____ Fecha de hoy: _____

Escuela: _____ Hora de inicio: _____

Distrito: _____ Hora de fin: _____ Duración: _____

A			AB			B		
1			1			1		
2			2			2		
3			3			3		
4			4			4		
5			5			5		
6			6			6		
7			7			7		
8			8			8		
9			9			9		
10			10			10		
11			11			11		
12			12			12		
Punt. Parc.			Punt. Parc.			Punt. Parc.		

ACTITUD DEL SUJETO

Forma de Trabajo

Reflexiva — Intuitiva

Rápida — Lenta

Inteligente — Torpe

Concentrada — Distraída

Disposición

Dispuesta — Fatiga

Interesada — Desinteresada

Tranquila — Intranquila

Segura — Vacilante

Perseverancia

Uniforme — Irregular

RESULTADOS

Edad Cronológica		Puntaje	
Tiempo en minutos		Percentil	
Discrepancia		Rango	

DIAGNOSTICO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Examinador

Test Figura/Palabra Expresivo
Morrison F. Gardner

Hospital de Niños, San Francisco, California, EE.UU.

FORMULARIO INDIVIDUAL

Nombre: _____
Apellido Nombres

Escuela: _____

Grado: _____

Sexo: _____ Examinador: _____

Fecha de la prueba: _____
Año Mes Día

Fecha de nacimiento: _____
Año Mes Día

Edad cronológica: _____
Año Mes Día*

* Si la cantidad de días excede los 15, considérese como mes completo, incrementándose la cantidad de meses en 1.

Resultados:

Puntaje bruto ..... _____

Edad mental ..... _____

Cociente intelectual ..... _____

Percentil ..... _____

Grupo de pertenencia ..... _____

Comentarios acerca de la conducta del niño en cuanto ésta afecta la validez de los resultados:

Derivado por: _____

Razón de la derivación _____

Descripción de la conducta del niño: _____

Interacción niño/examinador: _____

Análisis de los resultados: _____

Recomendaciones: _____

Nivel basal: Se establece con 8 respuestas consecutivas correctas.

Techo: Se establece con 6 errores consecutivos.

Comenzar con la lámina correspondiente a la edad cronológica del niño. Si no se establece el nivel basal, trabaje hacia atrás hasta que el niño logre 8 respuestas consecutivas correctas.

Registrar por escrito, en el espacio que sigue a la palabra, todas las respuestas, ya sean ellas correctas o incorrectas. Ello evitará que el niño efectúe su propio análisis acerca de sus éxitos o fracasos.

2-0/2-11

1 automóvil _____
2 teléfono _____
3 aeroplano _____
4 reloj _____
5 llave _____
6 hamaca _____
7 libro _____
8 bicicleta _____
bici _____
9 niño _____
10 pájaro _____

3-0/3-5

11 barco _____
buque _____
12 gato _____
gatito _____
13 manzana _____
14 ojos _____
15 ómnibus _____
16 árbol _____
17 oso _____
18 camión _____
19 zapallo _____

3-6/4-5

20 tren _____
21 anteojos _____
22 taza _____
23 pato _____
24 cuchillo _____
25 paraguas _____
26 martillo _____
27 tijeras _____
28 carro _____
29 barrilete _____

4-6/5-11

30 pollo _____
31 tigre _____
32 triángulo _____
33 cuadrado _____
34 oreja _____
35 rueda _____
36 hoja _____
37 máquina de escribir _____
38 clavo _____
39 cocina _____

6-0/6-11

40 media _____
41 hogar _____
42 huellas _____
43 dentista _____
44 dinero _____
45 pingüino _____
46 cabra _____
47 cohete _____
48 valijas _____
equipaje _____
maletas _____
49 ropa _____

7-0/7-11

50 humo _____
51 tractor _____
52 helicópteros _____
53 frutas _____
54 animales _____
55 banquito _____
56 maníes _____
57 estatuas _____
58 insectos _____
bichos _____

Nota al examinador. Las láminas A y B deberán usarse para demostrar el procedimiento del test a los niños muy pequeños y a los mayores cuando éstos no entienden bien las directivas.

Obtención del puntaje bruto:

Techo ..... _____

Menos errores ..... _____

Puntaje bruto ..... _____

59 joyería _____
joyas _____
8-0/9-11
60 banco _____
61 regla _____
62 muchachos _____
niños _____
63 muro _____
64 instrumentos musicales _____
65 nubes _____
66 esquimal _____
67 vegetales _____
68 muebles _____
69 montura _____
10-0/11-11
70 aljibe _____
71 bebida _____
líquidos _____
72 binoculares _____
73 ancla _____
74 Estatua de la Libertad _____
_____
75 hélice _____
76 termómetro _____
77 llave _____
78 alimentos _____
79 caja registradora _____
80 tronco _____
81 cactus _____
82 luces _____
83 esqueleto _____
84 brújula _____
85 muelle _____
amarradero _____
86 pata _____
87 reptiles _____
88 proyector _____
89 trompeta _____
90 casco _____
91 globo terráqueo _____
92 pinzas _____
93 embudo _____
94 condimentos _____
especias _____
95 estadio _____
96 transporte _____
vehículos _____
97 juegos _____
98 pesos y medidas* _____
99 batería _____
100 Capitolio _____
101 correo _____
102 leopardos _____
103 comunicación _____
104 topadoras _____
105 cortar* _____
106 químico _____
107 símbolos _____
108 combustibles _____
109 columna _____
110 observatorio _____

* Cualquier respuesta que incluya la raíz de la palabra estímulo se considera correcta.

Nota al examinador:
Luego de completar la administración de la prueba, tache los números correspondientes a los ítem incorrectos. Esto reducirá la posibilidad de puntear mal. Subraye todas las respuestas que indiquen distorsión del habla.

HOJA DE RESPUESTA DE PEABODY

(Ver manual para su uso)

A		B		C	
muñeca	(4)	bombre	(2)	columpiar	(3)
tenedor	(1)	peine	(3)	beber	(4)
mesa	(2)	media	(4)	andar	(1)
perro	(3)	boca	(1)	subir	(2)

D		E	
rueda	(4)	fregar	(1)
cremallera	(2)	segar	(3)
cuerda	(1)	aserrar	(4)
rastrillo	(3)	pedalear	(2)

Nombre: _____

Base: El grupo mas alto de ocho respuestas consecutivas correctas.

Techo: El grupo mas bajo de ocho respuestas consecutivas que contengan seis errores.

	Elemento	Clave	Respuesta
1	1. barco	(2)	
	2. vela	(2)	
	3. lámpara.....	(4)	
	4. trompeta.....	(1)	
	5. jaula.....	(1)	
	6. ambulancia..	(1)	
	7. flecha.....	(2)	
	8. cuello.....	(3)	
	9. acariciar.....	(1)	
	10. vacío.....	(3)	
	11. pintor.....	(3)	
	12. vaca.....	(1)	
	13. roto.....	(1)	
	14. rodilla.....	(4)	
5	15. leer.....	(4)	
	16. accidente....	(2)	
	17. pelar.....	(3)	
	18. tronco.....	(2)	
	19. bebida.....	(1)	
	20. hora.....	(3)	
	21. culebra.....	(4)	
	22. ballena.....	(2)	
	23. río.....	(3)	
	24. sobre	(2)	
	25. medir	(2)	
	26. romper	(4)	
	27. abeja	(3)	
	28. líquido	(4)	
	29. codo	(4)	
6	30. joyas	(1)	
	31. músico	(2)	
	32. canguro	(2)	
	33. águila	(2)	
	34. grupo	(3)	
	35. aislamiento .	(1)	
	36. médico	(4)	
	37. uniforme	(4)	
	38. artista	(1)	
	39. dentista	(3)	
7	40. mueble	(3)	
	41. ceremonia ..	(4)	
	42. hombro	(3)	
	43. recoger	(4)	
	44. dirigir	(2)	
	45. premiar	(3)	
	46. raíz	(2)	
	47. mecánico ...	(2)	
	48. bosque	(3)	
	49. construcción	(2)	
8	50. arbusto	(1)	
	51. emitido	(3)	
	52. transparente	(3)	
	53. carrete	(1)	
	54. iluminación .	(4)	
	55. humano	(2)	
	56. cosechar	(1)	
	57. discusión	(1)	
	58. gotear	(2)	
	59. sorprendido ...	(4)	
9	60. ángulo	(2)	
	61. par	(3)	
	62. secretaria	(4)	
	63. isla	(1)	
	64. desilusión	(4)	
	65. agricultura	(4)	
	66. marco	(1)	
	67. archivar	(3)	
	68. carpintero ...	(2)	
	69. tallo	(3)	
10	70. nutritivo	(3)	
	71. roer	(3)	
	72. confiar	(3)	
	73. ave	(3)	
	74. cuarteto	(4)	
	75. sumergir	(4)	
	76. barajada	(1)	
	77. clasificar	(1)	
11	78. morsa	(2)	
	79. contemplar .	(2)	
	80. brújula	(2)	
	81. judicial	(2)	
	82. portátil	(2)	
	83. ascender	(3)	
	84. paralelo	(4)	
12	85. cooperación .	(4)	
	86. mercantil	(1)	
	87. carroña	(3)	
	88. felino	(2)	
	89. terna	(4)	
13	90. esférico	(2)	
	91. frágil	(3)	
	92. instruir	(4)	
	93. arqueólogo ...	(4)	
	94. frío	(4)	
14	95. consumir	(4)	
	96. arrogante.....	(2)	
	97. anfibio	(1)	
	98. incandescente .	(4)	
	99. lubricar	(1)	
15	100. prodigio	(1)	
	101. cítrico	(3)	
	102. ira	(3)	
	103. aparición	(2)	
	104. binocular	(3)	
16	105. morada	(1)	
	106. fragmento ...	(3)	
	107. eslabón	(4)	
	108. paralelogramo	(1)	
	109. utensilio	(2)	
	110. atuendo	(4)	
	111. perpendicular..	(3)	
	112. jubilosa	(2)	
	113. transeúnte ...	(2)	
	114. córnea	(2)	
	115. ambulante ...	(2)	
	116. incisivo	(1)	
	117. atónito	(3)	
	118. copioso	(2)	
	119. inducir	(3)	
	120. obelisco	(1)	
	121. cóncavo	(3)	
	122. ciénaga	(3)	
	123. elipse	(4)	
	124. fatuo	(4)	
	125. entomóloga .	(3)	
	126. laminado	(2)	
	127. decantar	(3)	
	128. fraterno	(1)	
	129. óculo	(3)	
	130. abrasivo	(1)	
	131. deflagración....	(3)	
	132. constreñir	(1)	
	133. rotonda	(4)	
	134. alféizar	(4)	
	135. constelación	(4)	
	136. demacrado ..	(2)	
	137. cáliz	(2)	
	138. meteorología	(1)	
	139. calibrador ...	(4)	
	140. atoar	(1)	
	141. homúnculo .	(4)	
	142. arrobamiento	(3)	
	143. oropel	(2)	
	144. inventivo	(2)	
	145. hastial	(4)	
	146. espetar	(1)	
	147. copulino	(2)	
	148. guadamecí ..	(4)	
	149. consternación	(3)	
	150. deciduo	(4)	

COMPUTO DE LOS RESULTADOS

Elemento superior	
Errores	
Puntuación directa	

© Copyright. Queda prohibido por la ley su reproducción total o parcial por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia. Los ejemplares autorizados están impresos en negro sobre fondo verde. Si tiene un ejemplar en blanco y negro es una fotocopia ilegal. NO LA USE.

TEST DE MARIA MELGAR

Centro de aplicación:___ Fecha de Evaluación:___
Apellidos y Nombres: _ Edad exacta: _____

	N°	FONEMA	LISTAS DE PALABRAS	MODIFICACIÓN															OBSERVACION
				Correcto			Adición			Sustitución			Omisión			Distorsión			
				I	M	F	I	M	F	I	M	F	I	M	F	I	M	F	
CONSONANTES	1	/m/	Mesa																
			Cama																
			Campo																
	2	/n/	Nariz																
			Mano																
			Botón																
	3	/ñ/	Piñata																
	4	/p/	Pelota																
			Mariposa																
	5	/k/	Boca																
			Casa																
	6	/f/	Elefante																
			Foco																
	7	/y/	Llave																
			Payaso																
	8	/l/	Pastel																
			Luna																
			Bola																
	9	/t/	Teléfono																
			Patín																
	10	/ch/	Chupón																
			Cuchara																
	11	/b/	Bebé																
			Vela																
	12	/g/	Tortuga																
			Gato																
	13	/r/	Arete																
			Collar																
	14	/rr/	Perro																
			Ratón																
	15	/s/	Zapato																
			Seis																
			Lápiz																
			Vaso																
	16	/x/	Jabón																
			Ojo																
			Reloj																
	17	/d/	Dedo																
			Candado																
			Red																
MEZCLAS	18	/bl/	Blusa																
	19	/pl/	Plato																
	20	/fl/	Flor																
	21	/kl/	Clavos																
	22	/br/	Libro																
	23	/kr/	Cruz																
	24	/gr/	Tigre																
	25	/gl/	Globo																
	26	/fr/	Fresa																
	27	/pr/	Premio																
	28	/tr/	Tren																

	29	/dr/	Cocodrilo																
	30	/tl/	Atleta																
DIPTONGOS	31	/ua/	Guante																
	32	/ue/	Huevo																
	33	/ie/	Pie																
	34	/au/	Jaula																
	35	/ei/	Peine																
	36	/eo/	León																