

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**Escuela de Posgrado**



Características evolutivas del lenguaje en una adolescente  
con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada  
de Lima

Tesis para obtener el grado académico de  
Maestra en Fonoaudiología con mención en  
Trastornos del Lenguaje en Niños y Adolescentes  
que presenta:

*Wendy Rafaela Castro Velásquez*

**Asesora:**

*Julia Esther Rado Triveño*

**Co asesor:**

*José Héctor Livia Segovia*

Lima, 2025

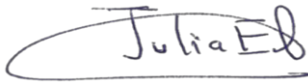
## Informe de Similitud

Yo, Julia Esther Rado Triveño, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado “Características evolutivas del lenguaje en una adolescente con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada de Lima”, del/de la autor(a) / de los(as) autores(as) Wendy Rafaela Castro Velásquez, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 22%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 21/03/2023.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Surco, 24 de marzo de 2023

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: Rado Triveño Julia Esther	
DNI: 10301200	Firma 
ORCID: 0000-0003-3392-9804	



## **DEDICATORIA**

A Dios por brindarme salud para continuar este proyecto.

A Daniel por ser mi motivación para ser mejor cada día.

A mis padres y a mi hermano Raphael por su apoyo incondicional.



### **AGRADECIMIENTO**

A mis asesores Dra. Julia y Dr. José,  
por guiarme a través de sus conocimientos.

A mis amigas que motivaron a continuar este proyecto.

## RESUMEN

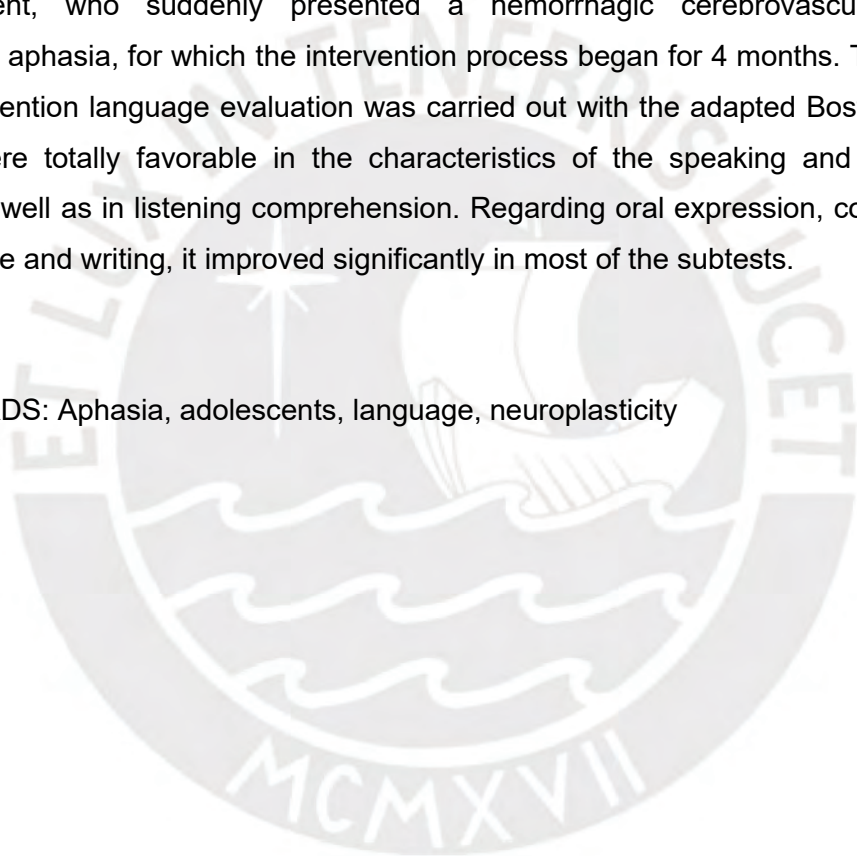
Los accidentes cerebrovasculares son pocos comunes en adolescentes, podrían tener efectos negativos en el futuro de estas personas, aunque existen evidencias que tienen mejor recuperación que las personas adultas. El objetivo de esta investigación fue describir las características evolutivas del lenguaje en una adolescente con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada de Lima. La metodología empleada fue un estudio de caso, se trata de un individuo de 16 años de sexo femenino, con un desarrollo normal previo, quien presentó en forma súbita un accidente cerebrovascular hemorrágico, presentando afasia, por lo que inició el proceso de intervención durante 4 meses. Se le realizó la evaluación de lenguaje inicial y post intervención con el Test de Boston adaptado. Los resultados fueron totalmente favorables en las características del perfil de habla y conversación, así como en la comprensión auditiva. En cuanto a la expresión oral, comprensión del lenguaje y escritura mejoró significativamente en la mayoría de subtest.

PALABRAS CLAVE: Afasia, adolescentes, lenguaje, neuroplasticidad

## **ABSTRACT**

Strokes are rare in adolescents, they could have negative effects on the future of these people, although there is evidence that they have a better recovery than adults. The objective of this research was to describe the developmental characteristics of language in an adolescent with a diagnosis of aphasia treated at a private institution in Lima. The methodology used was a case study, it is a 16-year-old female, with a previous normal development, who suddenly presented a hemorrhagic cerebrovascular accident, presenting aphasia, for which the intervention process began for 4 months. The initial and post-intervention language evaluation was carried out with the adapted Boston Test. The results were totally favorable in the characteristics of the speaking and conversation profile, as well as in listening comprehension. Regarding oral expression, comprehension of language and writing, it improved significantly in most of the subtests.

**KEY WORDS:** Aphasia, adolescents, language, neuroplasticity



## ÍNDICE DE CONTENIDO

	Páginas
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN.....	i
ABSTRACT .....	ii
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	iii
ÍNDICE DE TABLAS .....	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	3
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.1.1.    FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.1.2.    FORMULACIÓN DEL PROBLEMA .....	5
1.2.    FORMULACIÓN DE OBJETIVOS .....	5
1.2.1.    OBJETIVO GENERAL.....	5
1.2.2.    OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	6
1.3.    IMPORTANCIA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	6
1.4.    LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
CAPÍTULO II .....	8
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL .....	8
2.1.    ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	8
2.1.1.    ANTECEDENTES NACIONALES.....	8
2.1.2.    ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	9
2.2.    BASES TEÓRICAS.....	12
2.2.1.    CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS DEL LENGUAJE .....	12

2.2.2.	DESARROLLO DEL LENGUAJE.....	13
2.2.3.	AFASIA INFANTIL.....	17
2.2.4.	DATOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	17
2.2.5.	ETIOLOGÍA.....	18
2.2.6.	CLASIFICACIONES.....	18
2.2.7.	SEMIOLOGÍA.....	19
2.2.8.	EVALUACIÓN.....	20
2.2.9.	REHABILITACIÓN EN AFASIA.....	22
2.3.	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	24
2.3.1.	AFASIA.....	24
2.3.2.	ADOLESCENCIA TEMPRANA (10 A 13 AÑOS).....	24
2.3.3.	ADOLESCENCIA MEDIA (14 A 16 AÑOS).....	24
2.3.4.	CARACTERÍSTICAS EVOLUTIVAS:.....	24
2.3.5.	LENGUAJE.....	25
CAPÍTULO III.....		26
METODOLOGÍA.....		26
3.1.	TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	26
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	26
3.3.	DEFINICIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	27
3.4.	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
CAPÍTULO IV.....		32
RESULTADOS.....		32
4.1.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	32
4.2.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	44
CONCLUSIONES.....		49
RECOMENDACIONES.....		50
REFERENCIAS.....		51
ANEXOS.....		55

## ÍNDICE DE TABLAS

Página

Tabla 1: Matriz de operacionalización de variable.....	27
--	----



## ÍNDICE DE FIGURAS

	Páginas
Figura 1: Perfil de características del habla del pre y post test en un caso de afasia.....	34
Figura 2: Perfil de resumen de los subtest del pre y post test.....	44



## INTRODUCCIÓN

El lenguaje es una cualidad que diferencia al humano de otro ser vivo siendo una herramienta básica en su desarrollo y le permite interactuar con sus semejantes. La afasia es una patología del lenguaje generada por una lesión del cerebro en un individuo que previamente podía hablar con normalidad. (Vendrell, 2001)

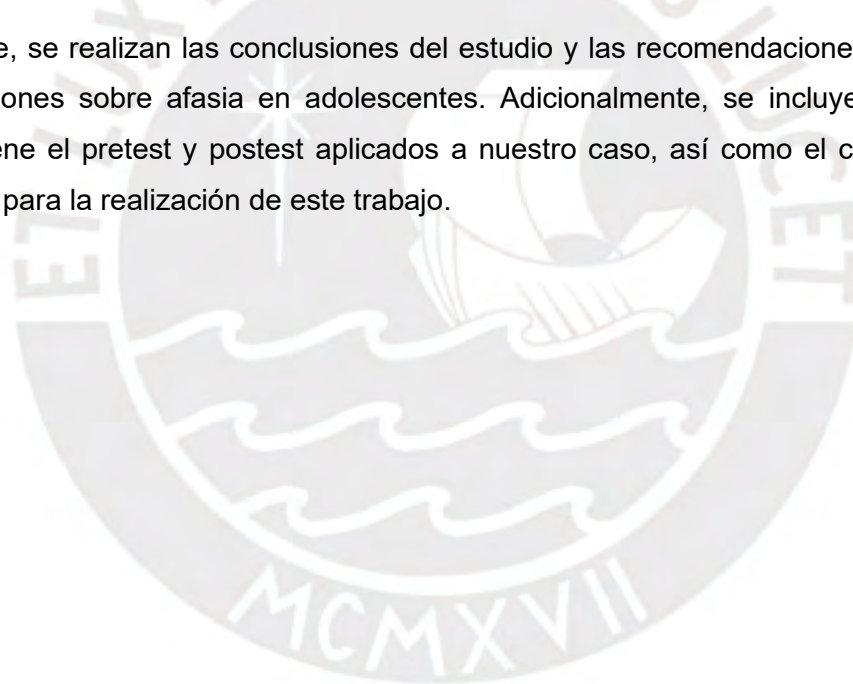
En el primer capítulo se aborda el planteamiento del problema, considerando que la afasia implica un deterioro del funcionamiento neurolingüístico que antes se había desarrollado con normalidad, sin que otros problemas instrumentales o cognitivos puedan justificar la pérdida del lenguaje. Teniendo en cuenta que se han realizado pocas investigaciones sobre la evolución de las características del lenguaje en adolescentes que cursan con afasia y estimando que el lenguaje es un instrumento elemental para el aprendizaje en niños y adolescentes, se consideró para este estudio evaluar las características evolutivas del lenguaje en una adolescente con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada de Lima. El objetivo de esta investigación fue describir las características evolutivas del lenguaje en una adolescente con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada de Lima. Es importante señalar que en Perú existen escasas investigaciones sobre afasia en adolescentes por lo que este estudio pretende ser una contribución empírica sobre perfil lingüístico evolutivo del lenguaje.

En el segundo capítulo se introduce los antecedentes nacionales e internacionales, resaltando la evolución de las características de lenguaje de los casos de afasia presentados por los diferentes autores. Asimismo, se presentan las bases teóricas de la afasia infantil resaltando los datos epidemiológicos, la etiología en niños y adolescentes, las clasificaciones más importantes desarrolladas hasta la actualidad, las características clínicas de afasia, así como se realiza la evaluación mediante la valoración clínica y pruebas estandarizadas, finalmente se comenta sobre el proceso de rehabilitación.

En el tercer capítulo se establece la metodología empleada, la cual fue un estudio de caso, dado que existen pocos casos con este diagnóstico en adolescentes, por lo que requirió un análisis muy particular por la complejidad del caso. Además, se hace referencia a la variable de estudio, así como su operacionalización a través de la matriz. Por último, se señala el instrumento de recolección de datos y el procedimiento utilizado para el estudio de caso.

En el cuarto capítulo se presenta los resultados de la investigación. La medición de la evolución de las características del lenguaje se realizó con los puntajes comparativos obtenidos en el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia mediante el pretest y el seguimiento con el posttest, después del daño cerebral; de manera tal que, la variación resulta de las diferencias entre dichos puntajes. Asimismo, contiene la discusión del caso, que se obtuvo del análisis y la interpretación de los resultados obtenidos.

Finalmente, se realizan las conclusiones del estudio y las recomendaciones para futuras investigaciones sobre afasia en adolescentes. Adicionalmente, se incluyen los anexos que contiene el pretest y posttest aplicados a nuestro caso, así como el consentimiento informado para la realización de este trabajo.



## **CAPÍTULO I**

### **PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.1. Planteamiento del Problema**

##### **1.1.1. Fundamentación del problema**

El lenguaje es una herramienta usada por los individuos para comunicarse y pensar. Está representado en múltiples áreas del cerebro. Las lesiones cerebrales que involucran estas áreas pueden producir alteraciones del lenguaje. (Damasio & Damasio, 1992)

La producción del lenguaje verbal se inicia en forma progresiva, principalmente entre los dos y tres años de vida, aunque desde el año ya se emiten algunas palabras y existe algún nivel de comprensión verbal. No obstante, se estima que entre los dos y los tres años se obtiene cerca del 50% del lenguaje que se tendrá durante la vida adulta. La evolución del lenguaje no constituye un proceso aislado, sino que se encuentra estrechamente relacionado al avance físico, psicológico y social del niño. Las alteraciones en este proceso pueden repercutir importantemente en su maduración intelectual y psicológica. (Roselli, 2003)

La afasia es una patología del lenguaje generada por una lesión cerebral en un individuo que antes podía hablar con normalidad. Esta patología afásica se caracteriza por alteraciones en la emisión de los elementos sonoros del habla (parafasias), dificultad en la comprensión y dificultad en la denominación (anomia). (Vendrell, 2001)

La afasia implica un deterioro del funcionamiento neurolingüístico que antes se había desarrollado con normalidad, sin que otros problemas instrumentales o cognitivos puedan justificar la pérdida del lenguaje. Para poder realizar la diferencia de la afasia de un trastorno específico del

desarrollo del lenguaje, se establece, a efectos prácticos, la edad de 1,5- 2 años como límite inferior en las descripciones de los casos, pues a dicha edad ya se ha desarrollado, por lo general, un vocabulario de cincuenta palabras y se inicia a construir frases de dos elementos. (Narbona & Crespo-Eguilaz, 2008)

Si la lesión que produce la afasia se genera durante el período intermedio entre la niñez tardía y la adolescencia temprana (período peripuberal, de 10 a 16 años), la recuperación es más significativa que en las afasias del adulto, pero inferior a lo observado en los casos de la niñez temprana y el período escolar. Posee especial interés este grupo etario, pues generalmente la adquisición del lenguaje es ya para entonces completa, y, aunque quedan bastantes procesos madurativos por realizarse a nivel cerebral. (Narbona & Crespo-Eguilaz, 2012)

Entre las causas más comunes de afasia en el niño y adolescente están las infecciones del sistema nervioso, los accidentes vasculares y los traumatismos craneoencefálicos. Una excepción, es la afasia epiléptica o síndrome de Landau-Kleffner (SLK), que asocia el trastorno de lenguaje a un trazado EEG patognomónico y en ocasiones a crisis epilépticas. (Artigas, Rigau & García-Nonell, 2008)

En el caso de los infartos perisilvianos izquierdos producidos entre los 3 y los 14 años tienen una evolución de recuperación a corto-medio plazo, que es mucho mejor que los adquiridos en la etapa adulta, pero pueden preservar sintomatología afásica leve a largo plazo. La comprensión y el discurso oral coloquiales son normales en la mayoría de los pacientes, pero las observaciones longitudinales, de varios años tras la lesión, señalan la presencia de alteraciones importantes en el acceso al léxico y en las formas gramaticales complejas del discurso, así como en la comprensión y composición del lenguaje escrito. (Narbona & Crespo-Eguilaz, 2012)

Narbona y Crespo-Eguilaz (2008), indican que trabajos más recientes de los últimos tres decenios señalan que, tanto en el período inmediato a la lesión como a lo largo de la evolución, la afasia infantil puede presentarse como fluente o no fluente, con todos los síntomas 'positivos' y 'negativos' y todo el arco de variedades sindrómicas conocidos

en la afasia del adulto. En general, la recuperación del discurso oral es más significativa cuando la lesión del hemisferio dominante se produce en la niñez, pero las observaciones longitudinales indican las consecuencias negativas sobre la utilización de la memoria verbal, el uso del material escrito y el progreso académico.

La observación de las alteraciones de lenguaje en los niños tiene varios factores que actúan sobre el lenguaje, pero las principales son el medio familiar, el medio social y las cuestiones de salud, como es el caso de las afasias. La afasia de Broca es una causa perjudicial en relación al retraso simple de lenguaje, que puede incidir negativamente en los procesos educativos, generando un bajo rendimiento académico por dificultades en el aprendizaje o por faltas recurrentes debido a episodios mórbidos, pues la Afasia de Broca o afasia de producción, expresiva o motora genera en la persona que la padece una dificultad moderada o severa en la comunicación, debido a un trastorno en la expresión del lenguaje. (Reza, Calderón, Cayambe, Lamingo & Solórzano, 2018)

Considerando que se han realizado pocas investigaciones sobre la evolución de las características del lenguaje de la afasia en adolescentes y teniendo en cuenta que el lenguaje es un instrumento básico para el aprendizaje en niños y adolescentes, se plantea la siguiente interrogante.

#### 1.1.2. Formulación del problema

A partir de lo mencionado, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuáles son las características evolutivas del lenguaje en una adolescente con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada de Lima?

### 1.2. Formulación de Objetivos

#### 1.2.1. Objetivo general

- Describir las características evolutivas del lenguaje en una adolescente con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada de Lima.

### 1.2.2. Objetivos específicos

- Describir la evolución del habla de conversación y exposición en una adolescente con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada de Lima.
- Describir la evolución de la comprensión auditiva en una adolescente atendida en una institución privada de Lima.
- Describir la evolución de la expresión oral en una adolescente atendida en una institución privada de Lima.
- Describir la evolución de la comprensión del lenguaje escrito en una adolescente atendida en una institución privada de Lima.
- Describir la evolución de la escritura en una adolescente atendida en una institución privada de Lima.

### 1.3. Importancia y justificación del estudio

En Perú, las investigaciones sobre el tema de las características evolutivas del lenguaje en adolescentes con afasia son escasas, por lo que este estudio pretende ser una contribución empírica sobre perfil lingüístico evolutivo del lenguaje, ya que han sido poco estudiadas a detalle las características del lenguaje. En esta investigación se usará como estrategia un estudio de caso, dado que existen pocos pacientes con afasia en este grupo etáreo. Asimismo, permitirá identificar la evolución del lenguaje mediante la comparación del pretest y postest, y así poder intervenir de manera oportuna y apropiada.

Se considera importante tener un perfil de lenguaje en esta población vulnerable, dado que esta patología es de gran impacto en la niñez y adolescencia por su repercusión en el ámbito escolar y social.

### 1.4. Limitaciones de la investigación

La principal limitación es la poca frecuencia de esta patología de lenguaje en el grupo de adolescentes, asimismo el tiempo para realizar el seguimiento mediante la reevaluación.

Considerando los pocos estudios en población infantil y población adolescentes con afasia y teniendo en cuenta la baja incidencia de este trastorno de lenguaje es limitada la generalización de los resultados.



## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL**

#### **2.1. Antecedentes del estudio**

##### **2.1.1. Antecedentes nacionales**

Alfaro y Aparicio (2017) investigaron los aspectos expresivos y comprensivos del lenguaje en tres niños con afasia en un centro hospitalario de Perú, con el objetivo de generar un análisis lingüístico de estos procesos en la afasia infantil. El estudio se realizó mediante un enfoque cualitativo combinado con tres diseños: estudios de casos, diseño etnográfico y narrativo; como instrumento utilizaron entrevistas semiestructuradas incluido subtests del test de Boston. Los resultados obtenidos fueron los siguientes: en el primer caso identificaron errores en la producción del lenguaje, poca fluidez, expresiones sin estructuras sintácticas, fallas en la repetición de palabras y frases, pero hallaron preservación de la comprensión; en el segundo caso encontraron dificultad para hallar palabras y fallas en la comprensión, denominar y describir rasgos importantes de objetos o personas asimismo poco acceso a los significados; y en el tercer caso hallaron poca fluidez, lenguaje resumido a una jerga “tuteti”, dificultad en la repetición y no logró expresarse fácilmente. Las investigadoras concluyeron que en el nivel comprensivo: la comunicación a través del habla de conversación y exposición fue no fluida, en los casos con diagnóstico de afasia de broca. En el análisis de la comprensión auditiva del primer caso con diagnóstico de afasia de broca identificaron dificultad para realizar órdenes simples. En relación de la comprensión auditiva en referencia al segundo caso con diagnóstico

de afasia fluente de tipo anómica y al tercer caso con diagnóstico de afasia de broca se observó habilidad para la realización de órdenes simples, y en referencia al segundo caso concluyó satisfactoriamente también el ejercicio de órdenes complejas. En los casos con diagnóstico de afasia de broca en la comprensión del lenguaje escrito, en ambos casos resaltó la dificultad para asociar, identificar, discriminar y reconocer lo que se les presentó escrito a modo de lectura. En el caso con diagnóstico de afasia fluente de anómica con respecto a la comprensión del lenguaje escrito, fue satisfactoria logró identificar, reconocer y asociar lo que lee. Con respecto al nivel expresivo: en los casos con diagnóstico de afasia de broca respecto a la expresión oral se halló conservación de la agilidad no verbal. En el caso con diagnóstico de afasia tipo anómica encontraron recuperación rápida de la expresión oral tanto en agilidad verbal y no verbal; pero dificultad para denominar y mencionar características de imágenes y/o objetos. En los tres casos de estudio se observó conservada la mecánica de la escritura realizando la ejecución motriz con la mano no dominante.

#### 2.1.2. Antecedentes internacionales

Nunes (2009) realizó un estudio en niños y adolescentes con antecedente de accidente cerebrovascular con el objetivo de evaluar el lenguaje y sus aspectos asociado con la edad de lesión, hemisferio comprometido y la presencia o ausencia de epilepsia. El estudio fue observacional basado en la evaluación clínica con la tabla de desarrollo normal del lenguaje incluido el protocolo de observación del comportamiento y el cuestionario de caracterización epidemiológica en la historia clínica. El investigador observó a cada paciente en una o dos sesiones, según fuera necesario y posible por parte de la familia y el paciente con una duración de 60 minutos cada una. Durante las observaciones, el investigador utilizó los recursos de filmación. Las notas, junto con el metraje, fueron revisadas por otro logopeda, un profesional del Centro Universitario Metodista IPA, que no conocía al paciente. En el caso de desacuerdo entre las clasificaciones, se discutió el punto y el investigador con el logopeda llegaron a una clasificación común. Evaluaron a 32 niños y adolescentes de entre ocho meses y diecinueve años, en el Hospital Clínico de Porto Alegre, Brasil. Encontraron que 21 (65,6%) tenían deterioro del lenguaje, con una diferencia estadísticamente significativa en la edad en el momento de la lesión ( $p < 0,05$ ). En cuanto a los componentes del lenguaje, hubo un mayor porcentaje de alteraciones

fonológicas y sintácticas, encontradas en el 40,6% de los casos, seguidas de las alteraciones semánticas, encontradas en 11 (34,4%) niños. En cuanto a la pragmática, se observó que los niños muestran pocos cambios. La conclusión del estudio fue que la mayoría de los niños y adolescentes de esta muestra tenían algún tipo de deterioro del lenguaje. Hubo una diferencia significativa con respecto a la edad en el momento de la lesión, con respecto al lenguaje en su conjunto, pero no con respecto a aspectos aislados del mismo. En cuanto a los aspectos del lenguaje al momento de la evaluación, se observó que todos tenían una mayor frecuencia de alteraciones en la fonología y sintaxis, especialmente en los menores de 2 años, seguidos de la alteración semántica, que estuvo presente en todos los rangos de edad. En cuanto a la pragmática, se observó que los niños muestran pocos cambios. El hallazgo más relevante de este estudio fue la persistencia de alteraciones en el aspecto semántico lo que constituye una advertencia para la detección temprana de problemas en el aprendizaje y desarrollo futuro.

Favoretto, et al (2017) llevaron a cabo su estudio en un niño de 11 años con afasia secundaria a un accidente cerebrovascular en una Clínica de Fonoaudiología de Brasil, con el objetivo de describir los hallazgos fonoaudiológicos que se muestran después de 12 meses de una intervención precoz. En la primera evaluación realizada en abril del 2015, a través de la Prueba de Rehabilitación de Afasias - versión adaptada y Token Test – adaptada para niños, mostró afasia adquirida del tipo emisor. Realizaron la intervención temprana alrededor de un mes después de la afectación cerebral, observando después una mejora significativa en las habilidades comunicativas, ya que, al comparar las evaluaciones pre y post intervención, se observó que, de seis habilidades alteradas (lectura, escritura, denominación, repetición, evocación y comprensión de lenguaje escrito), solo tres permanecieron sin mejoría significativa (lectura, escritura y comprensión de lenguaje escrito). Se halló que las habilidades relacionadas a la lectura y escritura permanecieron alteradas, interfiriendo con el desempeño escolar y el desarrollo comunicativo siendo necesario la monitorización del terapeuta. Los investigadores concluyeron que se deben realizar más estudios, desde su etiología, diagnóstico y pronóstico. Asimismo, resaltaron la importancia de la intervención temprana en un periodo de mayor neuroplasticidad para lograr una comunicación funcional; y la relevancia de la

asociación entre la terapia y hallazgos neurológicos para mayor éxito en los procesos de rehabilitación del lenguaje.

Lazcano, et al. (2016) realizaron un estudio de caso en un niño de 9 años con afasia de broca secundaria a un accidente cerebrovascular, en un centro hospitalario de México. En la entrevista inicial encontraron lenguaje limitado a monosílabos y léxico de tres palabras aproximadamente, sin alteraciones en la memoria o praxias a referencia de los padres del paciente; y en la exploración del lenguaje hallaron un nivel de palabra suelta, léxico integrado por tres palabras /sí/, /no/, /mamá/, sin errores articulatorios durante su expresión, sin fluido, sin parafasias fonológicas o literales, sin adecuada estructuración morfosintáctica, con inercia patológica, afección de lenguaje automático, incapaz de repetir y denominar objetos, comprensión que se manifestó al momento de la exploración con órdenes sencillas de un comando adecuadas para su edad. Después de un poco más de dos años de terapia de lenguaje, el niño continuó con un lenguaje no fluente, a nivel de frase corta, con frases de hasta tres palabras /una señora con bebé/ o /un niño con pastel/, en ocasiones algunas frases de forma estereotipada como ejemplo: /ay, eso no/, con algunas parafasias fonológicas en su expresión de forma muy ocasional, como ejemplo /cata/ en lugar de /casa/, uso predominante de sustantivos, repetición conservada de palabras de hasta tres sílabas y secuencias de dos a tres palabras bisilábicas, denominación adecuada, aunque generalmente requiere ayuda fonológica inicial. La comprensión fue adecuada para órdenes sencillas y complejas de hasta dos comandos y con relaciones lógico-gramaticales como ejemplo: /después de tocar la pluma levanta la mano/, se encuentra trabajando lectura de monosílabos logra integrar /sol/, /uno/; y trabajando también en escritura y justamente es lo que se está reforzando en terapia: la lectoescritura. Los investigadores concluyeron que las afasias adquiridas en edad preescolar o escolar conllevan importantes dificultades para la lectura, la escritura y el cálculo como este paciente, que actualmente está integrando lectura de monosílabos; así mismo, es importante canalizar a los pacientes con trastornos del lenguaje para orientarlos sobre su reintegración a la vida escolar, social y posteriormente laboral.

Narbona, et al. (2012) analizaron tres observaciones a lo largo de 5 años sobre el conocimiento evolutivo de la afasia por lesión perisilviana izquierda, adquirida en la niñez tardía y la adolescencia temprana. El primer caso, una niña de 9 años que sufrió necrosis subcortical temporal izquierda post encefalitis

herpética; inicialmente, con afasia de Wernicke con jerga, evoluciona en el segundo año hacia afasia anómica que permanece seis años después del inicio. El segundo caso, un adolescente de 14 años quien sufrió un infarto silviano izquierdo cardiogénico, por foramen oval permeable y aneurisma de septo interauricular. En fase aguda, inició con hemiplejía derecha y afasia no fluente tipo Broca. En fase crónica-estable después de cinco años, obtuvo buena competencia fonológica, moderado compromiso del acceso al léxico, hipogramatismo; buena comprensión de discurso oral pero importante dificultad de comprensión y expresión escrita. Y el tercer caso, una adolescente de 15 años quien sufrió un infarto silviano izquierdo por obstrucción proximal de arteria cerebral media, idiopática (estudio cardiológico, trombológico, metabólico e inmunológico: negativos). En fase aguda, presentó hemiplejía derecha y afasia mixta masiva, con mutismo. En fase crónica, cinco años después, presentó aceptable comprensión de discurso oral; discurso muy poco fluente, agramatical, con importante dificultad de acceso al léxico; buena competencia fonológica; repite bien palabras, pero no frases de más de dos palabras, importante dificultad de comprensión y expresión escrita. Los autores concluyeron que, en las afasias adquiridas durante la niñez tardía y la adolescencia temprana, por lesión aguda perisilviana izquierda: la neuroplasticidad toma recursos de ambos hemisferios para el procesamiento fonológico, pero el acceso al léxico y la fluidez del discurso dependen del grado en que se reactivan estructuras perilesionales del hemisferio izquierdo.

## 2.2. Bases teóricas

### 2.2.1. Características evolutivas del lenguaje

La característica es la cualidad que da carácter o sirve para distinguir a alguien o algo de sus semejantes. De acuerdo a la Real Academia Española (2023), “la evolución es la acción y efecto de evolucionar”.

El lenguaje es una característica que diferencia al hombre de otro ser vivo por lo que es una herramienta primordial en su desarrollo y le permite interactuar con sus semejantes, expresar sentimientos, afectos, expectativas y habilidades, mediante un acuerdo social gobernado por reglas y símbolos para representar ideas sobre un mundo común. (Sharp & Hillenbrand, 2008) Pero, esta compleja función, producto del cerebro humano, se ve amenazada por patologías que lo afectan de forma aguda o crónica, parcial o total y cuyo diagnóstico, tratamiento y

rehabilitación requiere una correcta comprensión de las áreas, redes y subredes cerebrales que condicionan su funcionamiento. (Díez & Rosa & Camilo, 2013)

### 2.2.2. Desarrollo del lenguaje

Según Pérez y Salmerón (2006), el desarrollo del lenguaje es un proceso complejo que tiene lugar en interacción con los distintos ámbitos del desarrollo. El lenguaje es sólo un aspecto más del desarrollo global del individuo. Corre paralelo y en interacción con el desarrollo neurológico que controla la actividad perceptivo-motora, con el desarrollo del aparato auditivo, con la formación del psiquismo del niño tanto en su esfera consciente y cognitiva (desarrollo del pensamiento) como en lo inconsciente y con el desarrollo socioafectivo. Asimismo, indica que en el sistema lingüístico se reconocen tres dimensiones desde la doble vertiente de la comprensión y de la expresión respectivamente: forma (fonética, fonología y morfosintaxis), contenido (semántica) y uso (funciones pragmáticas).

En cuanto, a la fonética se ocupa de las características físicas de los sonidos: los rasgos laríngeos, el punto y el modo de articulación; y la fonología estudia la forma en que se organiza el sistema de sonidos que conforman el lenguaje. En la adquisición fonética-fonológica existe un orden de aparición y unas estructuras de desarrollo muy definidas; la rapidez de adquisición varía de unos niños a otros.

Respecto al componente morfosintáctico estudia la estructura interna de las palabras y el modo en el que se relacionan dentro de la oración. El niño adquiere las estructuras morfosintácticas mediante los procedimientos de imitación a través de un gradual y progresivo desarrollo de reglas recogidas desde el modelo del adulto; existe un orden en su adquisición ligado a la evolución del pensamiento.

El campo semántico, se encarga del significado de las palabras en la mente de los hablantes y de su combinación cuando aparecen integrando una oración. Además, se ocupa de la expresión de significados a lo largo de una secuencia de acontecimientos, de cómo se organiza y se relaciona la información y de la adquisición y el uso de categorías abstractas. La organización semántica se realiza a través de una serie de adaptaciones entre el niño y el mundo que le rodea, de la representación que el niño se va haciendo del mundo que percibe y de la comunicación que establece con éste. El niño atraviesa una serie de etapas a través de las cuales su percepción de la realidad se va transformando en

lenguaje gracias a sus experiencias y a los modelos transmitidos por el ambiente social.

Y el campo de la pragmática: estudia las reglas que dirigen el uso del lenguaje, los efectos esperados y buscados sobre el receptor y los medios específicos utilizados para tal fin.

Todos los componentes están estrechamente vinculados e interrelacionados unos con otros y no pueden funcionar independientemente. De este modo, podemos señalar las siguientes etapas:

- a) **Durante el primer año, el niño (0 a 12 meses):** Va aprendiendo con el adulto los mecanismos básicos de la comunicación: los gritos y los lloros de los primeros días indiferenciados se ven de tonalidad y ritmo expresando bienestar o malestar. Van apareciendo vocalizaciones con una intencionalidad lúdica: laleo. Hacia los seis meses comienza a producirse un diálogo vocal con el adulto: protoconversación. Hacia el décimo mes, diferencia expresiones gestuales de alegría y enfado en la cara del otro. Señala con el dedo al tiempo que emite sonidos silábicos. Emplea el gesto para expresar deseos y necesidades: llora, ríe... con intención de cambiar la actitud de otro o de obtener lo que desea. El laleo se va abandonando y se inicia la constitución del lenguaje comprensivo y la expresión de sílabas al tiempo que se va produciendo el desarrollo psicomotor adquiriendo conocimientos sobre el mundo que le rodea. Entre los 9 y los 13 meses emite reduplicaciones de sílabas (papapa, bababa...), el adulto les atribuye significado, les da forma y el niño va repitiendo y asociando el significado. El desarrollo de la comunicación y del lenguaje se favorece con la locomoción: el niño se desplaza, coge objetos para conocerlos; y el adulto se los nombra una y otra vez para que los vaya repitiendo.
- b) **A partir del segundo año de vida (12 a 24 meses):** Aparecen las primeras palabras cargadas de sobreextensión semántica, por ejemplo, dice "guau" a todos los animales de cuatro patas. Las palabras irán acompañadas de gestos. Son palabras difíciles de entender fuera de contexto. Los rechazos y deseos se manifiestan con gritos, exclamaciones o gruñidos. En torno a los 18 meses, emerge la holofrase o palabra frase, es decir, una sola palabra acompañada de gestos hace la función de un mensaje completo. Por ejemplo, al decir "pan", puede querer estar diciendo "quiero más pan". Las palabras las emplea para informar y constatar. En este momento, ya no necesita prender los objetos

para tocarlos, los puede obtener a través de la palabra estableciendo relaciones con otro que se los proporciona. Comienza a unir dos palabras para expresar enunciados complejos e incluye la negación y la pregunta acompañándose de la prosodia. Por ejemplo: coche esto (esto es un coche), no leche (no quiero leche), ota nene (la pelota es del nene) ¿o ta? (¿dónde está?). Poseen una sintaxis con ausencia de artículos, nexos, concordancia, pero poco a poco van a ir incorporando más elementos, aproximándose al lenguaje del adulto. Al final del segundo año no pronuncia todos los fonemas. A medida que el vocabulario se va multiplicando, las palabras con sentido múltiple van desapareciendo. (por ejemplo: ato para nombrar a los animales) El lenguaje oral va asumiendo un protagonismo en el deseo comunicativo del niño hasta el punto de que cuando no es entendido se enfada y mantiene actitudes de persistencia.

- c) **Entre los 24 y los 36 meses:** El niño presenta un gran interés por lo que sucede en su entorno inmediato: mira, explora, formula preguntas, desea conocer el porqué y el nombre de las cosas. La estructura oracional se va haciendo más compleja, de 24 a 30 meses genera oraciones con tres elementos: nene ome late (el nene come chocolate), de 30 a los 36 meses expresa oraciones coordinadas: mamá no ta y papá no ta, dice artículos determinados (un, una), género y número, pronombres personales (yo, tú, él, ella) y adverbios como aquí. Cuenta de forma sencilla acontecimientos relacionados con sus intereses y su vida personal. Comprende su contexto cotidiano: órdenes, situaciones, anticipa situaciones cotidianas. Desde el punto de vista de la articulación, cada vez se le va entendiendo mejor, aunque pueden percibirse errores como, por ejemplo, dificultades con la /d/, la /θ/ (ejemplo: zapato, cerilla, calcetín...) y la /s/ y con la /r/ (ejemplo: Ramón, perro, árbol) y la /r/ y simplificación de sinfonos (consonante seguida de // o / fi/ junto a una vocal. Ejemplo: plato, gracias, brazo, globo...) y diptongos.
- d) **De los 36 a los 72 meses:** La estructura oracional se va haciendo más compleja, de los 36 a 42 meses utiliza oraciones subordinadas con “pero”, “porque”, comparativas “más que”, relativo “con que” así como crece la complejidad de las oraciones interrogativas, utiliza correctamente el pasado compuesto con “haber” y “ser” (ha comido), y aparecen perífrasis de futuro: “voy a...”. A los 42 a 54 meses hace progresiva eliminación de los errores sintácticos y morfológicos, se incorpora la pasiva, emplea correctamente el

infinitivo, el presente, el pretérito perfecto, el futuro y el pasado, como también aumenta el empleo de adverbios de tiempo: ahora, hoy, después, mañana. De los 54 meses en adelante, el niño incorpora condicionales, circunstanciales y perfecciona estructuras conocidas, las pasivas y las adverbiales. También, se observa que desaparece la articulación infantil; se pueden dar todavía en algunos niños errores en la pronunciación de la /fi/ y simplificación de los sinfonos que la contengan.

- e) Hacia los 7-8 años: Se llega a un completo dominio del lenguaje. La comunicación ejercida a través del lenguaje se irá enriqueciendo en función del entorno sociocultural en el que la persona esté inmersa.

Según Hess (2013), en años recientes el estudio del desarrollo lingüístico tardío, es decir, aquel que se da durante los años escolares y hasta la adultez temprana, ha empezado a cobrar mayor relevancia. En términos generales, se reconoce que el desarrollo lingüístico tardío involucra la adquisición de habilidades diversas que se llevan a cabo en todos los niveles del lenguaje.

Así, se ha descubierto que a partir de los seis años de edad surgen estructuras sintácticas más complejas, así como la capacidad para razonar sobre los elementos gramaticales de la lengua. A su vez, en lo que se refiere al desarrollo pragmático, durante los años escolares aprendemos a utilizar el lenguaje de forma cada vez más pertinente y adecuada a la situación comunicativa en la que nos encontramos. Por otro lado, durante la infancia tardía los niños siguen adquiriendo habilidades lingüísticas y cognitivas que les permiten comprender y producir de manera más eficiente diferentes tipos de discurso (narraciones, descripciones, explicaciones, argumentaciones, entre otros). Adicionalmente, en el ámbito de la semántica se desarrollan diversas habilidades durante los años escolares. Por una parte, aparecen nuevos matices de significado para las palabras adquiridas en etapas anteriores, puesto que los contenidos se enriquecen y se establecen interrelaciones más complejas entre los significados. Además, surge la capacidad para comprender y producir expresiones polisémicas, así como no literales, como es el caso de los refranes, las metáforas, la ironía y los chistes, entre otras. Finalmente, durante los años escolares y la adolescencia se da un desarrollo importante en términos del léxico. (Hess, 2013)

### 2.2.3. Afasia infantil

La afasia implica un deterioro del funcionamiento neurolingüístico que previamente se había desarrollado con normalidad, sin que otros problemas instrumentales o cognitivos puedan justificar la pérdida del lenguaje. Para poder diferenciar una afasia de un trastorno específico del desarrollo del lenguaje, se establece, a efectos prácticos, la edad de 1,5- 2 años como límite inferior en las descripciones de casuística, pues a dicha edad ya se ha desarrollado, por lo general, un vocabulario de medio centenar de palabras y se comienza a construir frases de dos elementos. Se considera que hasta la edad puberal las lesiones hemisféricas izquierdas generan síndromes afásicos con mejor curso de recuperación que los adquiridos en la etapa adulta. (Narbona & Crespo-Eguilaz, 2008)

### 2.2.4. Datos epidemiológicos

Aproximadamente la incidencia de afasia es de 80.000 personas cada año y la prevalencia es de un millón en los Estados Unidos. (González & Horneauer, 2014)

Los accidentes cerebrovasculares son considerados eventos pocos frecuentes en la infancia, con fisiopatología, evolución y tratamiento aun discutidos. La incidencia en niños es de 2,5 a 4,5/100000 al año. (Nunes, et al.)

El sexo repercute en la representación cerebral del lenguaje. En las mujeres se predispone en forma bilateral. Por el contrario, en los hombres se encuentra más lateralizado a izquierda. Esta distribución influye en la incidencia de la afasia. Esta patología es más frecuente en hombres que en mujeres en una relación de 2 a 1. Por otro lado, la función visuoespacial está representada en ambos hemisferios en los hombres y en las mujeres se encuentra más lateralizado a derecha. (Damasio & Damasio, 1992)

La escolaridad es otro factor que determina la lateralización del lenguaje en las personas. Los individuos diestros con mayor escolaridad tienen el lenguaje más lateralizado a izquierda. Por otro lado, los individuos con baja escolaridad tienden a tener una representación bilateral del lenguaje; por lo tanto, la incidencia de afasia cruzada es mayor en estos individuos. (Damasio & Damasio, 1992)

La edad también influye en la organización del lenguaje a nivel cerebral. Se ha planteado que al momento de nacer el lenguaje estaría representado en

ambos hemisferios. Lo primero que se lateraliza a izquierda es la porción anterior, la que está relacionada con la expresión, y en fases más tardías lo hace la región posterior, relacionada con la comprensión. Esto explicaría la razón por la cual, en las personas más jóvenes la afasia más frecuente es la de Broca y en los sujetos mayores es la de Wernicke. Existe una diferencia aproximadamente de 10 años entre ambos tipos de afasia. (Damasio & Damasio, 1992)

#### 2.2.5. Etiología

Las causas más comunes de afasia en el niño y adolescente son las infecciones del sistema nervioso, los accidentes vasculares y los traumatismos craneoencefálicos. Además, se engloba a la afasia epiléptica o síndrome de Landau-Kleffner (SLK), que asocia la alteración del lenguaje a un trazado EEG patognomónico y en ocasiones a crisis epilépticas. (Artigas & Rigau, 2008)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala al accidente cerebrovascular como “la progresión acelerada de signos clínicos ya sea de alteraciones focales o globales de la función del cerebro, con duración de 24 horas o más, que puede provocar la muerte con ninguna otra causa aparente más que el origen vascular”. Se clasifica en isquémica y hemorrágica. Múltiples mecanismos se describen en los niños, incluyendo enfermedad cardíaca congénita o adquirida, trastornos hematológicos, estados de hipercoagulabilidad, infecciones bacterianas y virales, traumatismos, deshidratación (que conduce a la trombosis de senos venosos), meningitis/encefalitis, enfermedad de Moya-Moya, desórdenes mitocondriales, disección y displasia fibromuscular, entre otros. Los accidentes cerebrovasculares usualmente producen importantes secuelas funcionales, lo cual conlleva un alto costo económico para los familiares y el sistema de salud. La historia natural del accidente cerebrovascular en pediatría difiere de la observada en adultos por tres razones: los factores predisponentes, el curso clínico y la localización de la oclusión vascular. Un número considerable de pacientes jóvenes que tienen ACV isquémico no presentan factores de riesgo identificados. (Nunes, et al.)

#### 2.2.6. Clasificaciones

A lo largo de la historia se han propuestos más de 20 clasificaciones de los trastornos afásicos. Algunas clasificaciones han sido muy influyentes, ampliamente aceptadas y utilizadas. La clasificación de Luria inicia desde análisis del nivel del lenguaje alterado en cada forma particular de afasia. (Ardila, 2013)

El Grupo de Boston distingue tres tipos básicos de afasias corticales: (1) afasia de Broca, (2) afasia de Wernicke, y (3) afasia de conducción, esta última caracterizada por dificultades en el lenguaje repetitivo, basándose en una supuesta desconexión entre las áreas motoras y sensoriales del lenguaje. También, en la propuesta del Grupo de Boston se incluyen las afasias transcorticales (o afasias de las áreas limítrofes del lenguaje). Las afasias transcorticales se caracterizan por una conservación del lenguaje repetitivo. (Ardila, 2013)

Luria (1976, 1980) propuso distinguir siete tipos de trastornos afásicos. La clasificación y los nombres propuestos por Luria se basan en el nivel del lenguaje que se encuentra alterado: la discriminación fonémica (afasia acústico-agnósica), la memoria léxica (afasia acústico-amnésica), la selección léxica (afasia amnésica), la comprensión de las relaciones entre palabras (afasia semántica), la actividad cinestésica (afasia motora aferente), la realización de movimientos finos requeridos para hablar y la secuenciación de elementos (afasia motora eferente), y la iniciativa verbal (afasia dinámica). (Ardila, 2013)

Benson y Ardila (1996) propusieron una clasificación de los trastornos afásicos partiendo de dos criterios anatómicos: (1) la afasia pre-rolándica (anterior, no fluida) o post-rolándica (posterior, fluida), y (2) se localiza en el área perisilviana del lenguaje, o se encuentra más allá de esta región central (extrasilviana). Para la mayoría de los síndromes afásicos se introducen subtipos. Además, las afasias se relacionan con síndromes anatómicos. (Ardila, 2013)

Ardila (2010) sugirió una reclasificación parcial de los síndromes afásicos. Según esta nueva propuesta, se distinguen dos afasias primarias o centrales de afasia (afasia Broca y afasia de Wernicke), dos afasias secundarias o periféricas (afasia de conducción y afasia del área motora suplementaria), y finalmente, una afasia disejcutiva. En las afasias primarias el lenguaje como tal está alterado; en las afasias secundarias se encuentran defectos los mecanismos requeridos para su producción y utilización. (Ardila, 2013)

#### 2.2.7. Semiología

Las características clínicas de la afasia en niños y adolescentes son similares a la descrita en el adulto, incluyendo en la etapa inicial tanto en las formas no fluidas como en las formas fluidas de afasia, Estas últimas con sintomatología 'positiva' de logorrea y parafasias, incluso si la comprensión se

conserva mejor en niños que en los adultos con igual forma clínica y topografía lesional. (Narbona & Crespo, 2008)

Los infartos perisilvianos izquierdos originados en pacientes de 3 y los 14 años tienen un curso de recuperación a corto-medio plazo con mayor posibilidad de recuperación que los ocurridos en los adultos, pero pueden conservar sintomatología afásica leve a largo plazo. La comprensión y el discurso oral coloquiales son normales en la mayoría de los pacientes, pero las observaciones longitudinales, varios años tras la lesión, indican la presencia de dificultades significativas en el acceso al léxico y en las formas gramaticales complejas del discurso, así como en la comprensión y composición del lenguaje escrito. En una serie de 16 infartos isquémicos de estructuras subcorticales producidos en la niñez, los que afectaban a la región perisilviana izquierda evolucionaban con afasia no fluida durante las primeras semanas en todos los pacientes; la recuperación del lenguaje espontáneo y conversacional fue mejor cuando la lesión afectaba a estructuras anteriores (cabeza del caudado, pálido o brazo anterior de la cápsula interna) que cuando asentaba en el tálamo, el brazo posterior de la cápsula interna y el centro oval. (Narbona & Crespo-Eguilaz, 2012)

#### 2.2.8. Evaluación

La evaluación tiene varios objetivos: hallar los procesos que están implicados, identificar la severidad del trastorno, precisar el tipo de afasia y la planificación de la rehabilitación del lenguaje. Ésta puede ser formal, a través de la toma de evaluaciones estandarizadas, o informal, a través de la valoración clínica. (González & Horneauer)

Seguidamente, se menciona, en términos generales, los aspectos verbales que deben valorarse en este tipo de casos:

#### **Lenguaje expresivo**

Discurso oral: se evalúa a través de una conversación y la descripción de una lámina.

Lenguaje automático: se le indica al paciente contar del 1 al 10 y/o mencionar los días de la semana.

Lenguaje repetido: se le solicita al entrevistado a repetir palabras y oraciones de diferente longitud.

Lenguaje denominativo: se le muestran objetos y acciones al entrevistado y debe nominarlos.

### **Lenguaje comprensivo**

Reconocimiento: se ubican varios objetos o láminas frente al entrevistado y éste debe indicar los estímulos que se le van nombrando.

Órdenes: el paciente debe realizar varias órdenes en relación a su cuerpo o al medio ambiente.

### **Lectura**

Pareo viso-verbal: se sitúan varios objetos o láminas frente al entrevistado. En seguida, se le enseña un letrero con el nombre de uno de los estímulos, y el entrevistado debe indicar, dentro de las opciones presentes, el que corresponde.

Comprensión de órdenes: el entrevistado debe realizar órdenes por escrito en relación al cuerpo o al ambiente (no debe leerlas en voz alta, para evitar la retroalimentación auditiva).

### **Escritura**

Nombre: se le solicita al entrevistado que escriba su nombre, si no logra hacerlo, el evaluador debe escribirlo con letra imprenta mayúscula, para que lo copie.

Escritura automática: se le indica al paciente escribir los números del 1 al 10.

Dictado: se le dictan palabras y oraciones.

Copia: se le escriben palabras y oraciones para que el entrevistado las reproduzca por escrito.

Discurso escrito: el entrevistado debe describir por escrito una escena.

Se han realizado por lo mismo tests para valorar cada uno de los componentes del lenguaje en el paciente con afasia por ejemplo está el Aphasia Diagnostic Profiles (Helm-Estabrooks), que recomienda realizar grabaciones de las respuestas del paciente para el análisis posterior de los parámetros del habla (Estabroks, 1994). De la misma manera, Jon Eisenson, en 1946, publicó "Examen para la afasia", revisado en 1954. En 1948, Schuell inició la fórmula I del Test de Minnessota. En el campo de los disturbios del lenguaje infantil obtuvo amplia aceptación el Test de Habilidades Psicolinguísticas (ITPA) en 1966 por Mccarthy y Kirk. En los Estados Unidos, la influencia de Norman Geschwind y el del grupo de

Goodglass y Kaplan del hospital de veteranos de Boston se hizo notar, es así que surgió el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia en el centro de rehabilitación de los afásicos como parte de un enfoque multidisciplinario. La Bateria de Luria es uno de los instrumentos más importantes para la evaluación neuropsicológica. Explora de forma sistemática una variedad de funciones y habilidades: áreas visoespaciales, área de lenguaje, área de memoria, área de atención y el área de procesos intelectuales. Para el hispanohablante ha sido elemental, las publicaciones de investigadores como Juan Azcoaga, J.B. Quirós de Argentina o Ardila y Roselli de Colombia. Si todos los rendimientos del lenguaje en la afasia fueran simplemente una función del estado de la capacidad lingüística general el test ideal para la afasia consistiría en un grupo de tareas que saturan este factor (Goodglass y Kaplan, 1972). En el Perú, Julia Rado en el 2006, realizó la adaptación peruana del Test de Boston para el diagnóstico de la afasia. (Rado, 2006)

#### 2.2.9. Rehabilitación en afasia

En este proceso deben considerarse los trastornos más frecuentes que se presentan en el lenguaje y demás funciones alteradas, en cada paciente afásico con el objetivo de planear y personalizar el proceso de rehabilitación idóneo. (Contreras, 2010)

La intervención de los trastornos afásicos de predominio motor incluye en la primera fase, las técnicas correctivas para el desbloqueo usando el lenguaje más automatizado y consolidado del paciente que suelen ser las series aprendidas de memoria en su infancia, las series articulatorias que llevan un mismo orden y siempre deberán estar clasificadas dentro de un género gramatical (días de la semana, meses del año, numeración, etc.). Además, es necesario usar palabras con contenido emocional (nombres de personas queridas, aficiones etc.). Con esto se busca estimular la atención hacia el discurso y la producción espontánea de algunos sonidos, esto es primordial sobre todo en aquellos pacientes que muestran una supresión del lenguaje, para después abordarlo en la intervención de la articulación y la construcción de frases. La segunda fase deberá estar enfocada a superar el agramatismo expresivo, dado que, en este tipo de padecimiento afásico, se presentan deficiencias en la estructura gramatical y sintáctica de la frase. Para trabajar el agramatismo expresivo inicialmente se realiza con palabras que expresen acción, es decir verbos. En la tercera fase, el objetivo es darle al paciente atributos de sujeto, logrando brindar más elementos

de estructuración a favor de su expresión oral, por lo que se trabajará con el uso de adjetivos. La cuarta fase de la intervención tiene como objetivo dar al paciente una ubicación de tiempo, espacio y cantidad, modificando la significación del verbo y proporcionándole más elementos gramaticales, usándolos en la estructuración de su lenguaje espontáneo, en los sucesos de su vida cotidiana. La quinta fase tiene como objetivo lograr la unión de los diversos elementos gramaticales con el uso de conectivos (artículos, preposiciones, conjunciones, contracciones y verbos de unión) de manera adecuada e ir eliminando poco a poco el lenguaje telegráfico. Si es necesario, puede intervenir en el punto y modo de articulación; ya que lo que se intenta al inicio de estas fases es abstraer al paciente de la articulación de los fonemas para concentrarlo en la organización semántica del término en su estructura rítmico-melódica, en sus conexiones y dependencias intraverbales. Todo esto unido crea las condiciones adecuadas para superar las perseveraciones y facilita la conmutación de un elemento articulatorio con otro. (Contreras, 2010)

La rehabilitación de las patologías afásicas de predominio receptivo o sensorial tiene como objetivo primordial, restablecer la adecuada percepción de los sonidos y la comprensión acústica del lenguaje, usando actividades que incidan en los problemas de expresión que corren paralelos al déficit comprensivo. En la primera fase es necesario que la rehabilitación inicie con actividades para evitar la jergafasia (expresión verbal ininteligible debido a una excesiva acumulación y sobreproducción de parafasias) y, al mismo tiempo, obtener que el sujeto tenga una actitud consciente hacia el lenguaje que se le dirige, se debe hacer que el paciente reconozca las palabras correctas que emite, dentro de su jerga incoherente, usando grabaciones de su lenguaje para que las escuche reiteradamente, intentando que relacione las palabras correctas con las imágenes que representan. La segunda fase consiste en reconocer palabras dentro de una frase, puesto que en las alteraciones de comprensión, el campo semántico de la palabra es, en cierto modo, más reconocido que el significado concreto de la palabra, se trabajara con técnicas para restablecer el reconocimiento de los sonidos del lenguaje, usando esquemas que representen la posición de los órganos articulatorios para la pronunciación de los diferentes sonidos, conforme avanza el paciente las actividades serán más difíciles logrando localizar las letras que corresponden al primer sonido de las palabras, posteriormente intentará reconocer sin ayuda de imágenes el primer sonido de las palabras. En la tercera fase de la intervención, cuando el paciente no tiene problemas de reconocimiento

de sonidos, se le solicitará que ejecute ejercicios de discriminación de palabras, donde la diferencia de un sonido hace variar el significado, para complementar la intervención del déficit comprensivo y una vez que el paciente reconoce sonidos, se trabajara con frases pidiéndole que relacione las frases oídas con escenas que se le enseñan, el leerle relatos o cuentos, haciéndole preguntas, permitirá reafirmar la comprensión de su lenguaje. Para que la intervención sea exitosa se deberá buscar una adecuada empatía entre el terapeuta y el paciente, el terapeuta deberá motivar continuamente al paciente para que tenga una actitud positiva hacia el trabajo y deseo de mejora. (Contreras, 2010)

### 2.3. Definición de términos básicos

#### 2.3.1. Afasia

Es la pérdida de la capacidad de uso del lenguaje secundaria a una lesión de las áreas cerebrales involucradas en la producción y recepción del lenguaje.

#### 2.3.2. Adolescencia temprana (10 a 13 años)

Biológicamente, es el periodo peripuberal con grandes cambios corporales y funcionales, como la menarca. Psicológicamente el adolescente comienza a perder interés por los pares e inicia amistades básicamente con individuos del mismo sexo. Intelectualmente aumentan sus habilidades cognitivas y sus fantasías; no controla sus impulsos y se plantea metas vocacionales irreales. Personalmente se preocupa mucho por sus cambios corporales con grandes incertidumbres por su apariencia física.

#### 2.3.3. Adolescencia media (14 a 16 años)

Es la adolescencia propiamente dicha; cuando ha completado prácticamente su crecimiento y desarrollo somático. Psicológicamente es el período de máxima relación con sus pares, compartiendo valores propios y conflictos con sus padres.

#### 2.3.4. Características evolutivas:

Son cualidades que nos permiten descubrir, analizar y comprender el desarrollo del lenguaje.

### 2.3.5. Lenguaje

Según Gonzáles y Hornauer-Hughes (2014), el concepto de lenguaje hace referencia a un complejo y dinámico sistema convencional de signos que es usado para pensar y comunicar.



## **CAPÍTULO III**

### **METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de investigación**

Se empleará como método: un estudio de caso, el cual implica la recopilación y presentación sistemática de datos para dar una idea clara de una determinada situación, ya que, debido a la complejidad de esta patología, existen pocos pacientes con este diagnóstico en este grupo etáreo. Estudiamos un caso cuando tiene un interés muy especial en sí mismo. El estudio de caso es el análisis de la particularidad y de la complejidad de un caso singular, para llegar a comprender su actividad en circunstancias importantes. (Stake, 1999)

#### **3.2. Población y muestra**

En esta investigación se evaluó un caso:

CASO 1: Paciente de 16 años de edad, natural de Chiclayo, quien cursaba el 5to grado de secundaria, lateralidad derecha. El inicio de la enfermedad fue el 25/03/2021, de forma súbita, le realizan diagnóstico de afasia secundario a enfermedad cerebrovascular asociado a hemiparesia derecha. Empezó con un fuerte dolor de cabeza luego de despertar. La llevaron de emergencia al hospital y le realizaron varias pruebas entre ellas está el angiotem cerebral, en el que detectaron un foco hemorrágico agudo que medía 48 por 30 mm, ubicado en la región fronto-temporal izquierda con extensión al sistema

ventricular. A consecuencia de este evento, la adolescente no habla bien, no recuerda las palabras para expresar. Cuando estudia no entiende bien todo lo que la profesora les pide, no puede leer ni escribir bien. Madre refirió que el desarrollo de la adolescente antes de este episodio fue totalmente normal. Tenía algunas dificultades para la comprensión lectora y no le gustaba leer mucho.

Cuenta con RMN CEREBRAL (13/05/2021): Foco de secuela isquémica puntiforme frontal derecho. Área hemorrágica de gran tamaño temporo parietal izquierdo sin identificarse neoformaciones, ni cavernomas. Actualmente, en terapia de lenguaje, no ha retomado actividades académicas en la escuela.

### 3.3. Definición y operacionalización de variables

La variable de estudio es características evolutivas del lenguaje, la misma que se encuentra operacionalizada en la tabla 1.

Tabla 1: Matriz de operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Tipo de variable
Características evolutivas del lenguaje	Cualidad por medio de la cual, el lenguaje pasa gradualmente de un estado a otro.	-Habla de conversación y exposición -Comprensión auditiva -Expresión oral del lenguaje escrito -Escritura	Cualitativa

### 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### Ficha técnica del Test para el diagnóstico de la afasia de Boston

Nombre de la prueba	Test para el diagnóstico de afasia de Boston
Autores	García Albea, Sánchez Bernardo y Del Viso (1986)
Adaptación	Julia Rado Triveño (2006) /Lima - Perú
Tipo de administración	Individual
Duración	Variable
Margen de aplicación	5 años o 5 ½ en adelante.
Significación	Determinación del tipo de afasia
Materiales	Protocolo, láminas, entre otros.

En cuanto a protocolos estandarizados, el test de Boston es una de las herramientas más utilizadas para evaluar la afasia.

En 1974, los profesores Harold Goodglass y Edith Kaplan del “Boston Veterans Administration Hospital” y del Centro Afásico de Investigación, departamento de Neurología de la Universidad de Boston, publicaron “Evaluación de la Afasia y perturbaciones similares”, más conocido como Test de Goodglass y Kaplan o de Boston, este test ha sido utilizado en varios países latinoamericanos. (Sedano & Rodríguez, 2016)

La adaptación española fue realizada por José García-Albea y M. Sánchez Bernardos en 1986 y la adaptación peruana elaborada por Rado. (2006)

El Test de Boston es una evaluación que tiene 3 objetivos generales:

1. Diagnosticar la presencia y el tipo de cuadro afásico que presenta el paciente, dando lugar a inferencias sobre la localización cerebral.
2. Evaluar el nivel de rendimiento a lo largo de un amplio rango, tanto para la valoración inicial como para la detección del cambio en el tiempo.
3. Evaluar globalmente las dificultades y posibilidades del paciente en todas las áreas del lenguaje, como guía para el tratamiento. (Goodglass y Klapan)

Rado (2006) llevó a cabo la adaptación lingüística del Test de Boston en Perú, logrando realizar los giros lingüísticos al español peruano. Se estableció la validez de contenido del instrumento a través del método de criterio de jueces, quienes determinaron la eliminación de 8 ítems. Se realizó el estudio de la confiabilidad de la prueba por consistencia interna, empleando el método del alfa de Cronbach, determinándose que la prueba conformada por 274 ítems es confiable. El Test de Boston adaptado a la población afásica del Instituto Especializado de Rehabilitación cuenta con niveles adecuados de validez y confiabilidad.

El test de Boston para el diagnóstico de la afasia consta de las siguientes pruebas:

### **1. Habla de conversación y exposición**

- a. Valora el habla del sujeto en una conversación informal (nombre, edad, teléfono, dirección, profesión, barrio, familia, ...)
- b. Se le muestra la Tarjeta 1 al sujeto y se le pide que nos diga todo lo que ve que está pasando en esta lámina.

### **2. Comprensión auditiva**

- a. Discriminación de palabras (Tarjetas 2 y 3). “Señálame...”

Categorías: objetos, letras, formas, números, colores, acciones.

- b. Identificación de partes del cuerpo. “Señala tu nariz”

Discriminación derecha-izquierda. “Señala tu oreja derecha”

- c. Órdenes simples y complejas:

Simple: “Cierre la mano”; “Señala el techo y luego el suelo”

Complejas: “Dése dos golpecitos en cada hombro con dos dedos y con los ojos cerrados”

- d. Material ideativo complejo. El sujeto debe contestar Si o No a una serie de preguntas de menor a mayor complejidad que le realiza el examinador: “¿sirve el martillo para cortar madera?”

### **3. Expresión oral**

- a. Agilidad oral:

No verbal: “repetir una serie de movimientos lo más rápido posible”: contraer los labios, abrir y cerrar la boca, sacar y esconder la lengua (praxias bucolinguofaciales).

Verbal: (Tarjeta 4.). Repetir las palabras que el examinador pronuncia de forma rápida. Por ejemplo: “Mama-mama”. Debemos anotar el número de veces que es capaz de repetir la palabra mama durante 5 segundos. Valora problemas de articulación, parafasias, circunloquios, neologismos, ...

b. Secuencias automatizadas. (Ej: días de la semana, meses, alfabeto, contar hasta 21).

c. Recitado (padrenuestro, refranes), canto (Asturias... ) y ritmo (.. ... ..).

d. Repetición de palabras: qué, silla, hamaca, morado, marrón, ...

e. Repetición de frases y oraciones: “el grifo gotea”; “Subí corriendo a su casa y llamé al timbre”.

f. Lectura de palabras (Tarjeta 5). “Señalar palabras que el sujeto debe leer”.

g. Respuesta de denominación. Qué el sujeto responda a una serie de preguntas: ¿para qué sirve el jabón? ¿de qué color es la hierba?,...

h. Denominación por confrontación visual (Tarjeta 2 y 3): El examinador señala los dibujos y el sujeto debe denominarlos.

i. Denominación de partes del cuerpo: “¿Dígame que es esto (señalando el examinador su oreja)?”

j. Nombrar animales: (Fluidez en asociación controlada). ¿Cuántos animales distintos puede nombrar en minuto y medio?

k. Lectura de oraciones en voz alta (Tarjetas 6 y 7). Por ejemplo “Volví del trabajo a casa”. A través de esta tarea podemos valorar sustituciones, omisiones, ...

#### **4. Comprensión del lenguaje escrito**

a. Discriminación de letras y palabras. (Tarjetas 8 y 9). “Señalar en la fila de abajo la letra equivalente”

b. Asociación fonética. Reconocimiento de palabras (Tarjeta 10 y 11). Que el sujeto señale la palabra que el evaluador le dice. Por ejemplo, la palabra: “Masa” Comprensión del deletreo oral. El examinador deletrea una palabra y pide al paciente que diga que palabra es: P-A-N; L-A-Z-O.

c. Emparejar dibujo-palabra (Tarjetas 2, 3 y 5). El sujeto debe señalar que dibujo corresponde a la palabra que le señalamos.

d. Lectura de oraciones y párrafos (Tarjetas 12, 13, 14, 15, 16). Que el sujeto lea las oraciones y las complete señalando de entre las alternativas cuál es la correcta.

## **5. Escritura**

a. Mecánica de la escritura. En primer lugar, le pedimos al sujeto que escriba su nombre y dirección, y posteriormente se le pide que copie una oración que nosotros le damos escrita.

b. Recuerdo de símbolos escritos. Escritura seriada: que el sujeto escriba el alfabeto y los números hasta el 21. Dictado elemental: el examinador dicta letras, números y palabras que el paciente debe escribir.

c. Encontrar palabras escritas. Deletreo al dictado: El examinador lee palabras (suave, jabón, ...) y pide al sujeto que las escriba. Si fracasa, se le pide que las deletree en voz alta. Si tampoco es capaz, el evaluador escribe el anagrama de la primera palabra (Vatuges) en una hoja y pide al paciente que señale las letras de la palabra "suave", y así sucesivamente. Denominación por confrontación escrita (Tarjetas 2 y 3). Se le pide que escriba en un papel el nombre del dibujo que el examinador señala.

d. Formulación escrita. Escritura narrativa (Tarjeta 1). "Escribe todo lo que ves que pasa en la lámina". Oraciones escritas al dictado: Dictar oraciones que el paciente debe escribir.

## **Procedimiento**

La paciente fue evaluada en un Centro Especializado en Lenguaje de La ciudad de Lima, los datos de la anamnesis fueron recolectados de la historia clínica realizada a través de la entrevista a la paciente y madre. Asimismo, para complementar información se realizaron videollamadas para ampliar datos de los exámenes auxiliares de imágenes y pruebas debido a la situación por la pandemia.

Durante la entrevista, se les aplicó el Test de Boston para el diagnóstico de afasia en una sesión y se planteó la reevaluación después de 4 meses para evaluar la evolución de las características del lenguaje.

Previamente, la madre brindó el consentimiento informado para la participación en el estudio, en el anexo N° 01 se encuentra el formato de consentimiento.

## **CAPÍTULO IV**

### **RESULTADOS**

#### **4.1. Presentación de resultados**

##### **CASO 1**

##### **Habla de conversación y exposición**

Este subtest nos ayuda a determinar el nivel, así como la calidad del habla y comprensión del paciente en condiciones de conversación con principio y fin, y de narración libre. Este perfil cubre rasgos resistentes a la cuantificación, y complementará las puntuaciones objetivas obtenidas a partir del resto del examen. Los ítems de “a” a “g” son un inventario de expresiones frecuentes con el fin de suscitar respuestas en una conversación, incluyen la capacidad para contestar apropiadamente a un saludo, responder con “sí” o “no”, decir “creo que sí”, “yo no sé”, “así espero” o sus equivalentes. Los ítems “f” y “g” relacionados al nombre y el domicilio deben incluirse siempre, ya que pacientes severamente anómicos pueden fracasar en estos ítems de información específica. El ítem “h” exige que el paciente hable libremente, sin estímulo específico. Siempre que sea posible, la conversación debe continuar durante aproximadamente 10 minutos. Durante este tiempo es posible dar al paciente la oportunidad de demostrar su fluidez en la conversación, aunque ésta haya sido bastante imperfecta en los ítems anteriores.

Existen seis características de la producción del habla, que no pueden medirse satisfactoriamente con puntuaciones objetivas y que se clasifican durante la conversación:

La evaluación del pre-test indicó:

-Línea melódica: Se registra una adecuada elevación de tono, volumen y duración de la palabra; la misma que se mantiene en el post test.

-Longitud de frase: Se registra con mayor frecuencia enunciados de 3 o 4 palabras. En el post test, en cuanto al habla libre, se registró enunciados de 4 palabras o más.

-Agilidad articulatoria: Articula secuencias fonémicas sin dificultad tanto en el pre test como en el post test.

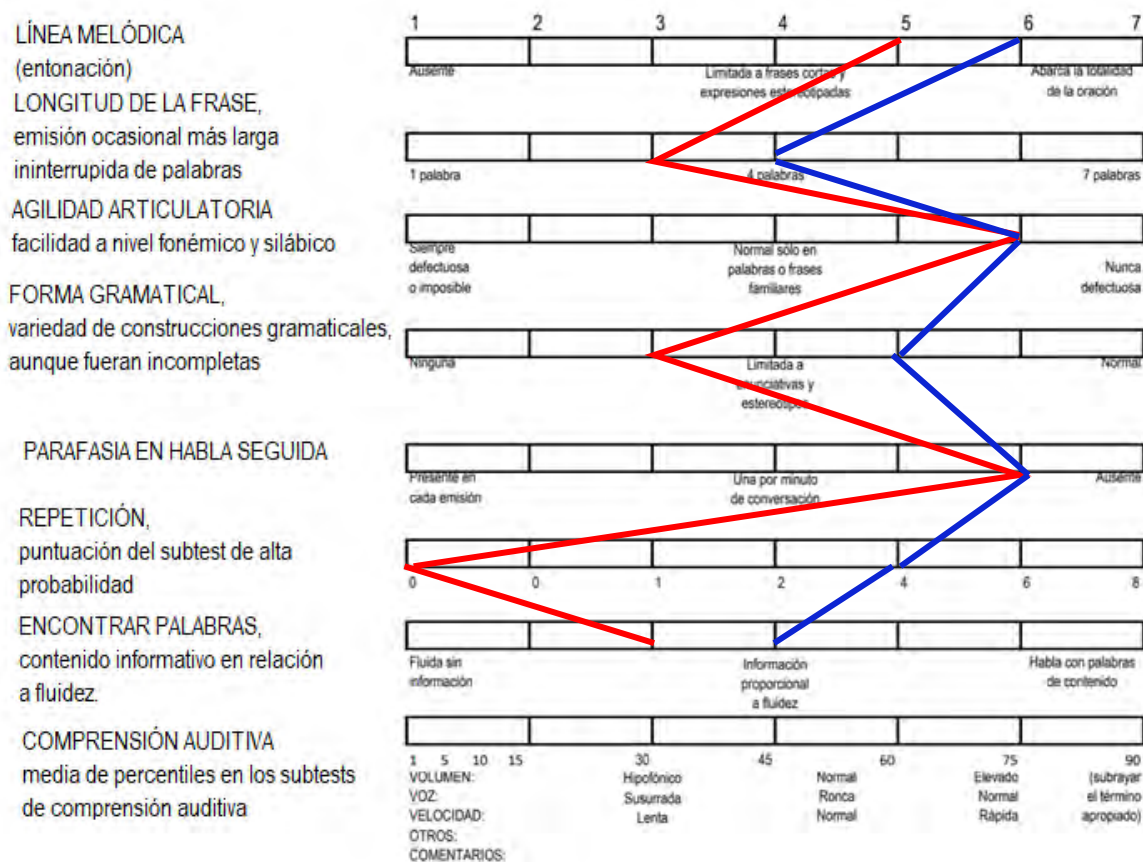
-Forma gramatical: Se desvía de la secuencia: sujeto-verbo-objeto, en el pre test. En post test, se registró respuestas cortas ante las preguntas propuestas, pero en el habla espontánea realiza oraciones con uso de sustantivos, verbos, preposiciones, determinantes, pronombres, así como adverbios.

-Parafasia en habla seguida: No se registró palabras semánticamente erróneas en conversación espontánea tanto en el pre test como en el post test.

-Encontrar palabras: Se registró palabras de poco contenido informativo que se refleja en oraciones breves, en el pre test. En el post test, se registró enunciados con más contenido informativo, pero no proporcional a su edad.

Este nos indica que el nivel de conversación del caso 1, durante el pre test es poco fluido, con inadecuada construcción de enunciados a nivel gramatical, aunque se registró adecuada producción de fonemas. En el post test, se registró un habla más fluida, pero aún con enunciados cortos para su edad.

**FIGURA 1:** Perfil de características del habla del pre y post test en un caso de afasia.



**Pre test** █

**Post test** █

### Identificación de partes del cuerpo

Debido a la frecuente alteración selectiva en la comprensión de partes del cuerpo, se incluye una muestra amplia de este grupo de palabras. Se incluyen 18 ítems de partes del cuerpo y 8 ítems destinados a la discriminación derecha e izquierda. En el pre test, la paciente demostró habilidad con puntaje directo de 18 puntos de un total de 20, lo que la ubica en el percentil 80, lo que nos indica su capacidad de comprensión y selección de partes de cuerpo. En el post test, se registró un puntaje de 19 puntos de un total de 20, se ubicó entre el percentil 80 y 100 demostrando habilidad para la identificación de partes del cuerpo.

## **Discriminación de palabras**

En el pre test, la paciente obtuvo un puntaje directo de 65.5 logrando identificar la mayoría de los objetos, acciones, colores, números, letras y formas, ubicándose entre el percentil 70 y 80, demostrando su capacidad para reconocer diferencias de frecuencias, intensidad y timbre entre sonidos o identificar fonemas, frases o palabras idénticas. En el post test, la paciente logró identificar todos los elementos y obtuvo la puntuación máxima de 72 puntos, ubicándose en el percentil 100.

## **Ordenes**

En este subtest se evalúa la capacidad para procesar información auditiva cada vez mayor mediante órdenes que van desde una unidad de información con significado hasta cinco. El hecho de llevar a cabo órdenes e incluso señalar, presuponen que la capacidad para llevar a cabo movimientos voluntarios está preservada. La paciente no pudo ejecutar ordenes de los elementos subrayados en la evaluación, obteniendo un puntaje directo de 0, por lo que se encuentra en dificultad en este subtest. Se le repitió en ocasiones durante 3 veces, pero no logró ejecutar la orden o realizó otras acciones. Por lo que, en el pre test se ubica en el percentil 0, demostrando dificultad para comprender información auditiva a través de órdenes. En el post test, se evidenció que la paciente logró ejecutar algunas de las órdenes propuestas, obteniendo un puntaje de 7 puntos, ubicándose entre el percentil 30 y 40.

## **Material ideativo complejo**

Este subtest exige del paciente comprender y expresar acuerdo o desacuerdo respecto de un material que no se relaciona con un estímulo presente. Comenzando con preguntas sencillas (“¿Se hunde una tabla en el agua?”, “¿Se hunde una piedra en el agua?”), el material aumenta en cuanto a extensión y se va dirigiendo a explorar el conocimiento de cosas o inferencias fáciles que están más allá del simple recuerdo de palabras. Así, existe aquí un componente intelectual que, sin embargo, no sobrepasa la capacidad del adulto medio, incluso en el nivel más difícil. Se asignó un punto a cada ítem con ambas preguntas bien contestadas. En el pre test, la paciente obtuvo un puntaje directo de 6 puntos, encontrándose en el percentil 60, lo cual nos indica que tiene capacidad para realizar algunas inferencias de situaciones que se le plantea. En el post test, se registró un puntaje de 5 puntos, encontrándose en el percentil 50, lo

cual aún nos indica que existe dificultad para la comprensión de preguntas sencillas.

### **Agilidad oral**

#### Agilidad no verbal:

El objetivo de este subtest es comparar el uso no verbal de los labios y la lengua, en oposición a su articulación en el habla propiamente dicha. La prueba consiste en un grupo de seis movimientos alternativos, tales como sacar y meter la lengua repetidamente, o contraer y relajar alternativamente los labios. En el pre test, la paciente obtuvo el puntaje máximo 12 puntos, lo cual nos indica que tiene una adecuada coordinación y fuerza en la musculatura fonatoria. En el post test, se mantuvo la puntuación máxima de 12 puntos.

#### Agilidad verbal

Debido a la facilitación que supone la repetición de palabras aisladas son a menudo bien efectuadas por los pacientes cuya habla es disártrica. Por otro lado, los afásicos “fluidos” pueden fracasar en estas pruebas, porque producen distorsiones parafásicas en la repetición. Este subtest correlaciona la dimensión de fluidez, con secuencias automatizadas y con los subtests de repetición. En el pre test, la paciente registró un puntaje de 4, lo cual nos indica dificultad para la producción de las palabras propuestas. En el post test, la paciente demostró mayor facilidad para la repetición de secuencias, obtuvo un puntaje de 9 puntos de un total de 14 puntos.

### **Secuencias automatizadas**

En este subtest se exploran cuatro secuencias sobreaprendidas: días de la semana, meses del año, números del 1 al 21 y el alfabeto. El recitado de secuencias memorizadas está normalmente mejor preservado que el habla preposicional, lo que suele ser válido en los afásicos de todos los tipos. En el pre test, la paciente registró un puntaje directo de 2 puntos de un total de 8, solo realizó la secuencia de números correctamente, este puntaje corresponde al percentil 30, lo que nos indica que la paciente tiene dificultad en memoria para secuencias. En el post test, se evidenció un puntaje 7 puntos de un total de 8, sólo demostró dificultad para la secuencia del alfabeto, se halló en el percentil 70.

## **Recitado, canto y ritmo**

Los tres aspectos examinados en esta sección fueron agrupados conjuntamente debido a su aparente relación con la capacidad musical; sin embargo, las intercorrelaciones entre ellos son bajas.

### Recitado

Se sugieren varios refranes que el paciente ha de completar. En el pre test, la paciente no logró completar ningún refrán, se le asignó puntaje directo de 0, ubicándose en el percentil 30. En el post test, logró completar 2 refranes, registrando un puntaje de 2 puntos, ubicándose en el percentil 80.

### Canto

En esta actividad, la paciente no logró cantar ninguna de las canciones propuestas durante el pre test, se le asignó el puntaje directo de 0 ubicándose en el percentil 10. En el post test, registró puntaje de 1 dado que la melodía era reconocible, pero no recordaba en forma completa, se ubicó en el percentil 20.

### Ritmo

En este test el examinador golpetea con un lápiz cuatro patrones rítmicos para que el paciente los imite. Son patrones cíclicos, que se golpetean una y otra vez, a lo largo de seis ciclos. En el pre test, la paciente realizó la imitación de todos los ritmos, obtuvo una puntuación directa de 2 puntos, indicando la capacidad de la paciente para reproducir patrones cíclicos, se ubicó en el percentil 60.

## **Repetición de palabras**

La repetición de palabras es una tarea fácil, y solamente los pacientes más severamente alterados fracasan completamente en ella. La paciente realizó correctamente la repetición de 5 palabras obteniendo un puntaje directo de 5 puntos, encontrándose en el percentil 30. Se identificó parafasias de tipo literal, se registró transposición de sílabas, pero la palabra es producida como una unidad intacta. Por ejemplo: hamaca por camaca.

En el post test, la paciente registró un puntaje de 8 puntos, hallándose en el percentil 50.

## **Repetición de frases y oraciones**

Esta sección está dividida en dos grupos de oraciones puntuados por separado, diferentes en cuanto a dificultad de vocabulario y predictibilidad del contenido verbal, que llamamos oraciones de “alta probabilidad” y “baja probabilidad”. Así, por ejemplo, a nivel de cinco palabras una oración de alta probabilidad será “No se lo digas a ella”; una oración de baja probabilidad sería “Saca la batería del armario”. La separación de prueba en dos grupos se basa en estudios previos que demostraron que los pacientes con una afasia anómica severa tienen dependencia muy marcada respecto a la predictibilidad del contenido, de lo que se derivan discrepancias entre las puntuaciones de alta y baja probabilidad.

Las oraciones deben ser leídas como unidad ininterrumpida para que la paciente repita, alternando los ítems de alta probabilidad y baja probabilidad.

La paciente no logró realizar la repetición de frases y oraciones, asignándole una puntuación de 0 durante el pre test, encontrándose en el percentil 20 para las oraciones de alta probabilidad y percentil 40 para las oraciones de baja probabilidad. En el post test, obtuvo un puntaje de 4 puntos para las oraciones de alta probabilidad y 2 puntos para las oraciones de baja probabilidad, hallándose en el percentil 60 y 70, respectivamente.

## **Lectura de palabras**

Esta es una prueba de encontrar palabras que depende, no obstante, de la capacidad básica de la lectura. En el pre test, la paciente obtuvo un puntaje directo de 7 puntos, hallándose en el percentil 50. Es posible, sin embargo, que comprenda la palabra escrita y fracase al leerla por dos razones. El significado puede ser captado parcial o totalmente sin evocar un componente fonológico suficiente como para guiar la expresión verbal final. De modo alternativo, puede asociar fonéticamente una parte de la palabra, comprendiendo o no su significado.

Por otro lado, en el post test obtuvo un puntaje de 27 puntos, ubicándose entre el percentil 80 y 90.

## **Respuesta de denominación**

En este subtest, de encontrar palabras, se utiliza como estímulo una pregunta presentada oralmente. Las palabras que contestan a dicha pregunta incluyen sustantivos, colores, verbos y un número. Debe observarse que las

preguntas estímulos contienen por lo general una palabra clave estrechamente relacionada con la respuesta esperada. En el pre test, la paciente obtuvo un puntaje directo de 7 puntos, se halló entre el percentil 40 y 50, lo cual nos indica que hay dificultad para la denominación. En el post test, se registró un puntaje de 25 puntos, hallándose entre el percentil 80 y 90, la paciente logró responder a todas las preguntas propuestas, demoró en denominar palabras como encendedor y farmacia.

### **Denominación por Confrontación Visual**

La denominación de estímulos presentados visualmente es una prueba utilizada universalmente en la evaluación de la afasia, ya que prácticamente todos los pacientes afásicos presentan cierta pérdida de la capacidad de llevar a cabo esta tarea. Si bien se puede describir como una tarea de input visual y output oral, existen razones para creer que este es un punto de vista simplista que no hace justicia a los procesos intervinientes. La forma que toman los errores arroja ciertos indicios acerca de dónde y cómo está fallando el proceso de denominación. De tal modo que los pacientes cuya dificultad se encuentra principalmente en el nivel de output del habla mostraran probablemente dificultades articulatorias que se mitigan si el examinador dice la palabra. Estos pacientes son autocríticos y discriminan fuertemente entre las respuestas correcta e incorrecta. Aquellos que no pueden evocar correctamente el patrón fonológico interno presentan más probabilidades de producir errores parafásicos. Cuando se les ofrece la respuesta correcta, pueden no registrarla como tal, aun cuando su comprensión auditiva sea excelente en otros contextos. Por tanto, existe evidencia en ciertos pacientes de una disociación dual entre el concepto y la palabra. Los pacientes cuya parafasia se limita a sustituciones y transposiciones fonémicas son, por lo general, sumamente conscientes de sus errores, pero siguen teniendo dificultades cuando se les da la palabra para que la repitan.

En el pre test, la paciente obtuvo un puntaje de 49 se ubicó entre el percentil 40 y 50, denotó mayor capacidad para la denominación de colores y menos destreza para la denominación de verbos y sustantivos. En el post test, obtuvo un puntaje de 76 puntos, ubicándose entre el percentil 60 y 70, la paciente demostró habilidad para denominar colores y dificultad para denominar números.

### **Denominación de partes del cuerpo**

En el pre test, la paciente obtuvo un puntaje directo de 13 puntos, logrando identificar la mayoría de elementos, pero con un tiempo mayor de 3 segundos, evidenciándose dificultad en memoria y capacidad de evocación. En el post test, obtuvo un puntaje directo de 22, demostrando habilidad para denominar partes del cuerpo en menos de 3 segundos.

### **Nombrar animales (fluidez en asociación controlada)**

Otra forma de estimar la capacidad para encontrar palabras es medir la fluidez en asociación controlada. El procedimiento que se propone es dar al sujeto instrucciones para que considere animales de todas las clases y proponiéndole además una palabra inicial: "perro". El objetivo de estas instrucciones es facilitar la tarea de dos maneras: en primer lugar, proporcionar un conjunto preliminar que pueda ayudar al sujeto a pasar de una categoría a otra y, en segundo término, proporcionar un punto de partida para el control del tiempo, ya que muchos afásicos poseen una dificultad poco común para iniciar una cadena de asociaciones, aun cuando presenten una fluidez razonable una vez que han empezado. En el pre test, la puntuación total que registró la paciente fue 3 puntos, solo logró denominar 3 animales, ubicándose en el percentil 60, evidenciando dificultad en la velocidad de los procesos mentales y capacidad de pasar de una cosa a otra. En el post test, obtuvo un puntaje de 11 hallándose entre el percentil 90 y 100, lo cual nos indica que la paciente ha logrado capacidad para evocar palabras de la categoría animales.

### **Lectura de oraciones en voz alta**

Leer de viva voz material conexo va más allá de lo que supone leer palabras sueltas, ya que exige al paciente el dominio de formas gramaticales. Esta compleja tarea se incluye no tanto por su valor como técnica analítica, sino debido a que la interacción entre los numerosos factores que la componen hace de éste un rendimiento difícil de predecir a menos que se explore directamente. En el pre test, la paciente no realizó ninguna oración por lo que el puntaje directo de este subtest es 0 hallándose en el percentil 40. En el post test, registró un puntaje de 7 puntos encontrándose en el percentil 80.

## Comprensión de lenguaje escrito

Los subtests de esta sección se centran en habilidades asociativas elementales que subyacen a la lectura o son productos colaterales del modo en que aprendemos a leer.

### a. Discriminación de letras y palabras

Un requisito previo para la comprensión de lo leído es el reconocimiento de las letras como símbolos familiares, además del recuerdo de sus nombres o su valor fonético. Esta tarea tiene un nivel bajo de dificultad, y el fracaso en más de un ítem se corresponde normalmente con una dificultad severa para la lectura. Este subtest fue realizado correctamente con un puntaje máximo de 10 puntos, hallándose en el percentil 70, tanto en pre test como el post test.

### b. Asociación fonética

El vínculo entre sonido y letra se evalúa mediante dos procedimientos cuyas puntuaciones se anotan por separado: Reconocimiento de palabras y comprensión del deletreo oral.

Reconocimiento de palabras: Coloca de manifiesto el grado de preservación de las asociaciones fonéticas audiovisuales sin que tenga que haber comprensión o verbalización por parte del paciente. La tarea consiste en seleccionar a partir de cinco palabras escritas, aquella presentada verbalmente por el examinador. En el pre test y post test, la paciente obtuvo un puntaje de 7 puntos de un total de 8 hallándose en el percentil 60.

Comprensión del deletreo oral: Se considera dado que se adquiere universalmente en el curso normal del lenguaje y es una habilidad frágil en ciertos casos de afasia, aún en pacientes que leen adecuadamente una presentación escrita. Tanto en el pre test como en el post test, la paciente tuvo dificultad para realizar esta actividad durante la evaluación, registró un puntaje de 0 en el pre test con un percentil de 30 y 1 punto en el post test con un percentil de 40.

### c. Emparejar dibujo – palabra

Las diez palabras seleccionadas corresponden a objetos, acciones, colores, números y formas geométricas que fueron utilizadas antes para la

evaluación de discriminación auditiva de palabras, denominación y lectura de palabras en voz alta. Esta tarea puede ser realizada por pacientes cuya pobre comprensión auditiva les ha hecho fracasar en los dos subtests anteriores. Este subtest la paciente lo realizó correctamente con un puntaje directo de 10 puntos, ubicándose en el percentil 80 tanto en el pre test como en el post test.

**d. Lectura de oraciones y párrafos**

Se utiliza para describir el nivel de funcionamiento de una capacidad lingüística, la cual consiste en completar oraciones a través de una tarea de elección dentro de cuatro elementos. En el pre test, la paciente realizó correctamente este subtest con un puntaje de 10 puntos, se halló en el percentil 100. En el post test, se registró un puntaje de 6 puntos ubicándose en el percentil 70.

**Escritura**

El examen de la escritura es análogo al del habla, ya que se examina la mecánica de los movimientos para la escritura.

**a. Mecánica de la escritura**

Debe darse una revisión toda la producción escrita del paciente, que incluye la firma y el domicilio, transcripción de una oración, deletreo al dictado, denominación por confrontación escrita, oraciones al dictado y escritura narrativa. La adolescente escribió su nombre con letra ligada clara, con un cambio de grafema en su primer apellido, que fue autocorregido. La dirección escribió con letra imprenta clara. En la transcripción de la oración, lo realizó con una letra parecida a la que tenía antes de la lesión. Tanto en el pre test como en el post test, se le asignó un puntaje de 4 puntos, ubicándose en el percentil 60, lo cual nos indica la capacidad de la paciente para lograr movimientos de la forma de las letras.

**b. Recuerdo de símbolos escritos**

Este subtest está dividido en 2 secciones: escritura seriada y dictado elemental. En cuanto a la escritura seriada, la paciente realizó correctamente las 3 primeras letras del abecedario, así como todos los números del 1 al 21, por lo que se asignó un puntaje de 24 puntos, en el pre test; se halló entre el percentil 30 y 40. En el post test, realizó

correctamente las 6 primeras letras del abecedario, así como todos los números del 1 al 21 con un puntaje de 27 puntos hallándose entre el percentil de 40 y 50.

Al dictado elemental: en el pre test realizó 4 letras aisladas, 1 número y 4 palabras elementales, se asignó un puntaje directo de 9 puntos ubicándose en el percentil 50. En el post test, obtuvo un puntaje de 12 puntos hallándose entre el percentil 60 y 70.

**c. Encontrar palabras escritas**

Este subtest cubre vocabulario escrito que se encuentra más allá del primer nivel, con palabras de dificultad media. También, se divide en dos subsecciones: deletreo al dictado y denominación por confrontación escrita.

En el deletreo al dictado, durante el pre test y post test, la paciente no logró realizar la actividad, asignándole puntaje de 0 hallándose en el percentil 40.

En la denominación por confrontación escrita, en el pre test se registró un puntaje de 0 encontrándose en el percentil 30. En el post test, la paciente realizó correctamente la actividad obtuvo un puntaje de 10 puntos ubicándose en el percentil 100.

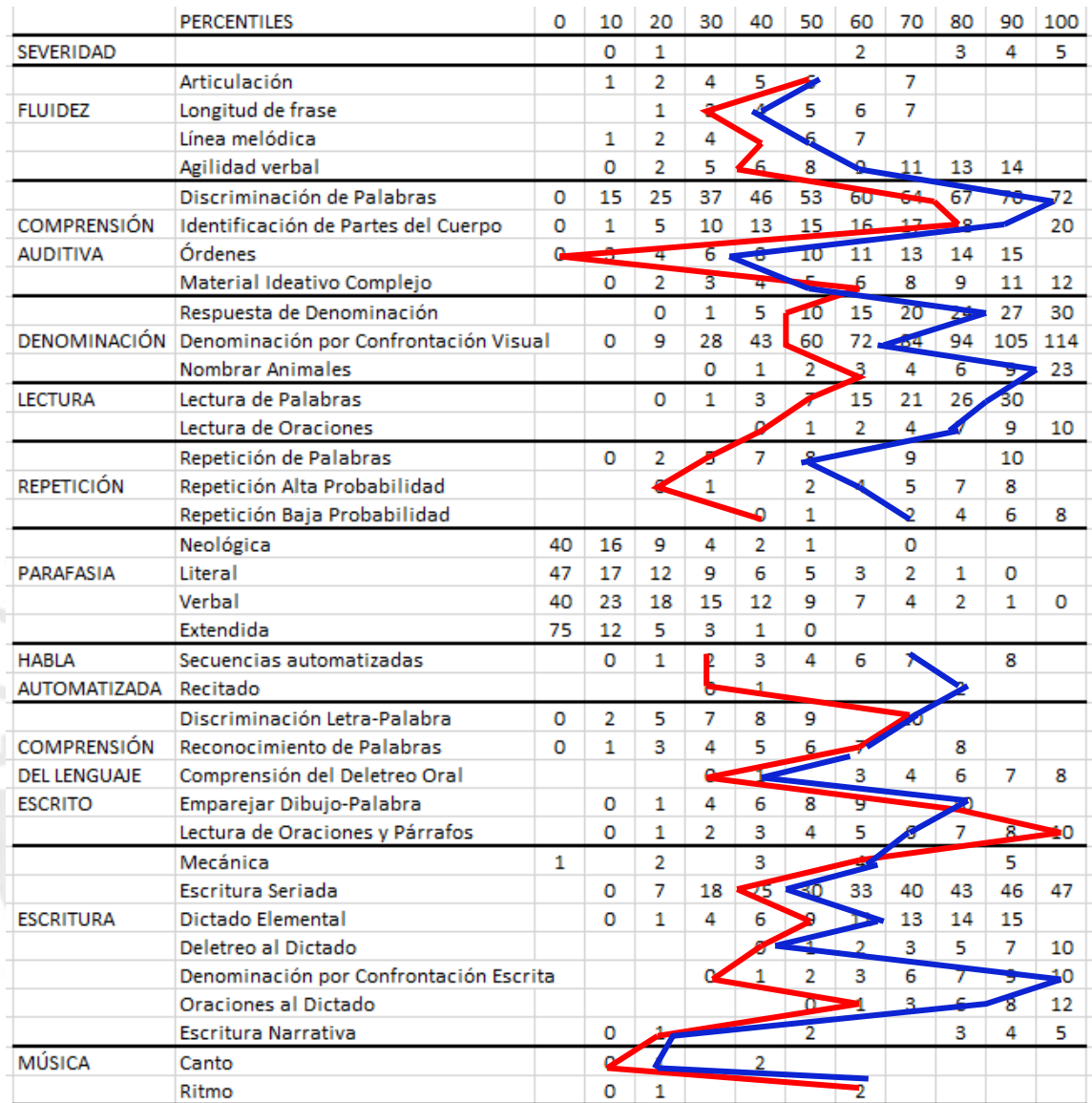
**d. Formulación escrita**

Con este subtest se evalúa el nivel de funcionamiento del paciente en la tarea compleja de escribir oraciones, primero en narración libre acerca de la escena del “Robo de las galletas” y luego en respuesta al dictado. En cuanto a la habilidad para escritura narrativa, la paciente solo realizó la escritura de 3 palabras aisladas (galletas, agua, mamá), por lo cual se le asignó 1 punto en el pre test, hallándose en el percentil 20. En el post test, la paciente también solo registró palabras aisladas, se le asignó puntaje de 1 y percentil 20.

En cuanto a las oraciones al dictado, la paciente no logró concretar ninguna oración completa durante el pre test, solo logró escribir 2 palabras de una oración, por lo que se le asignó un puntaje de 1 punto hallándose

en el percentil 60. En el post test, realizó más de media frase en forma correcta, registrando un puntaje de 7 puntos, se ubicó entre el percentil 80 y 90.

FIGURA 2: Perfil de resumen de los subtests del pre y post test.



Pre test █

Post test █

#### 4.2. Discusión de resultados

Debido a que la afasia en adolescentes ocurre con baja frecuencia, se han reportado escasas investigaciones sobre este trastorno de lenguaje, así como también lo afirma Favoretto, et al (2017). Por ello, la necesidad de realizar estudios en esta población de tal forma que nos permita conocer el desarrollo de sus habilidades

lingüísticas durante su proceso de recuperación; asimismo, resaltar la importancia de la intervención temprana en un periodo de mayor neuroplasticidad para lograr una comunicación funcional; además, destacar la relevancia de la asociación entre la terapia y hallazgos neurológicos para mayor éxito en los procesos de rehabilitación del lenguaje.

La investigación se basó en el test de Boston, que es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar la afasia, según Sedano & Rodríguez (2016). La medición de la evolución de las características del lenguaje corresponde a los puntajes comparativos obtenidos en el Test de Boston para el diagnóstico de la afasia mediante el pretest y el seguimiento con el postest, después del daño cerebral; de manera tal que, la variación resulta de las diferencias entre dichos puntajes.

En este reporte de caso, con relación al habla de conversación y exposición que fue evaluado con la conversación y la narración libre a través de la lámina, se registró que el paciente mantuvo una adecuada elevación de tono, volumen y duración de la palabra. Sus enunciados fueron cortos durante la conversación y en cuanto a la narración sólo emitió palabras. Además, mantuvo una producción adecuada de los fonemas y en cuanto a la forma gramatical se observó avance mediante la realización de oraciones con uso de sustantivos, verbos, preposiciones, determinantes, pronombres, así como adverbios; que fueron cortos y poco estructurados. Asimismo, durante el habla espontánea no se registró parafasias, pero se evidenció dificultad para encontrar palabras reflejándose en sus respuestas cortas. Según Alfaro y Aparicio (2017) reportaron un caso de un niño de 12 años con afasia, en el cual identificaron que sus respuestas fueron cortas, claras y precisas, evidenciando una pequeña dificultad al ampliar sus oraciones, pero con una buena fluidez. En este grupo de subtest, se observó que se mantiene la fluidez en ambos casos, pero aún existen dificultades a nivel sintáctico, dado que el paciente presentó respuestas cortas ante las preguntas propuestas, pero en el habla espontánea realiza oraciones cortas con uso de sustantivos, verbos, preposiciones, determinantes, pronombres, así como adverbios. Conforme a las referencias bibliográficas, cada uno de nuestros grandes subsistemas neurocognitivos se desarrolla a diferentes ritmos; así, la plasticidad y la vulnerabilidad son diversas según la edad y el subsistema en los que ocurre una lesión cerebral focal. El funcionalismo neurolingüístico posee subsistemas de reserva que permiten diferentes grados de recuperación y desarrollo tras lesiones focales de las áreas específicas del hemisferio cerebral izquierdo. Tras modificarse el programa genético local por una lesión de las áreas perisilvianas izquierdas, adquirida durante el desarrollo, se ponen en marcha fenómenos de remodelado que desinhiben regiones homólogas contralaterales y activan, con mayor o menor fortuna, regiones vecinas

homolaterales preservadas, según muestran los estudios con escucha dicótica, con RMf y con tractografía. (Narbona & Crespo-Eguilaz, 2012)

En cuanto a la prueba de comprensión auditiva que comprende los subtest de discriminación de palabras registró el puntaje total de 70 puntos e identificación de partes del cuerpo obtuvo un puntaje directo de 19 de 20. En órdenes simples y complejas, un progreso notable de 0 puntos durante el pretest hacia 7 puntos en el postest. Y en cuanto a material ideativo complejo, se mantuvo tanto en el pretest como en el postest. En comparación con el estudio realizado por Alfaro y Aparicio (2017), en el reporte de su caso indicaron que en cuanto a las órdenes simples y complejas su paciente logró realizar satisfactoriamente, pero con inseguridad, en relación con la paciente de nuestro caso que demostró dificultad en el pretest donde obtuvo un puntaje directo de 0, pero evolucionó favorablemente hacia post test con un puntaje directo de 7 puntos del máximo de 15 puntos. En nuestro caso evolucionó favorablemente dado que según la literatura, si un niño sufre una lesión cerebral que involucra su hemisferio dominante, puede tener afasia, pero con una mayor posibilidad de recuperación en cuanto a su lenguaje, ya que la reorganización cerebral, producto de la neuroplasticidad, tiene un potencial mayor en comparación con los adultos, hecho que posiblemente ayudó al proceso de rehabilitación en este reporte de caso, dado que el paciente comenzó una intervención temprana. Favoretto, et al (2017)

En la expresión oral que incluye los subtest de agilidad oral: no verbal y verbal, secuencias automatizadas, recitado, repetición de palabras, repetición de frases y oraciones, lectura de palabras, respuesta de denominación, denominación por confrontación visual, denominación de partes del cuerpo, nombrar animales, lectura de oraciones en voz alta; se registró progreso en todos los subtest, después de 4 meses de intervención en el lenguaje. Este resultado es similar a lo que mencionó Favoretto, et al (2017), quien reportó un caso de un paciente de 11 años con diagnóstico de afasia post accidente cerebrovascular, que después de un periodo de intervención de 12 meses evolucionó favorablemente con una mejora significativa en sus habilidades lingüísticas que se evidenció al comparar las valoraciones de su pre y post test después de la intervención temprana. Podemos resaltar que, a pesar del corto periodo de intervención de 4 meses, en el caso presentado logró un progreso significativo.

Con relación a la comprensión del lenguaje escrito que involucra la discriminación de letras y palabras, asociación fonética (Reconocimiento de palabras y comprensión del deletreo oral), emparejar dibujo-palabra, así como la lectura de oraciones y párrafos; se observó avances excepto en los subtest de comprensión de deletreo oral que aún

persiste con dificultad, pues solo logró completar esta tarea para el monosílabo: "NO", no llegando a realizar ninguna otra palabra propuesta en el subtest. Además, se registró dificultad para la lectura de oraciones y párrafos, no llegando a completar correctamente la oración propuesta. Tanto, en el caso presentado por Alfaro y Aparicio (2017), Favoretto, et al (2017) y nuestro paciente, se observaron una mejoría significativa en la mayoría de subtests. En nuestro reporte de caso, aún presentaba dificultades para realizar el subtest de comprensión del deletreo oral, pues obtuvo un puntaje directo de 0 durante el pretest equivalente al percentil 30 y en la evaluación del post test se halló un puntaje directo de 1 equivalente al percentil 40; evidenciándose durante el test por no poder integrar palabras bisílabas y trisílabas, sólo integró el monosílabo: NO.

Respecto a la escritura, en cuanto a la mecánica de dicho proceso, que incluye recuerdo de símbolos escritos (Escritura seriada y dictado elemental), encontrar palabras escritas (Deletreo al dictado y denominación por confrontación escrita) y formulación escrita (Escritura narrativa y oraciones escritas al dictado), se registró progresos excepto en los subtest de deletreo al dictado en el cual la paciente no logró realizar esta actividad. Y en el subtest de escritura narrativa que se mantuvo durante el pretest y post con sólo la escritura de palabras. Según Alfaro y Aparicio (2017) en cuanto a la mecánica de la escritura, su paciente escribe sus nombres y apellidos completos, mostrando letra poco legible y mezcla letras mayúsculas con minúsculas alteradas, no recuerda la dirección de su casa así que no la pudo escribir. A diferencia de nuestro caso, realizó esta prueba con letra ligada clara, con un cambio de grafema en su primer apellido, que fue autocorregido. La dirección se escribió con letra imprenta clara. Reafirmando, que la neuroplasticidad es un proceso fisiológico múltiple y generalizado a la biología cerebral, pero a su vez particular de cada red o microambiente neuronal; representa una temática compleja que requiere involucrar procesos, productos y componentes de la bioquímica básica y clínica, puesto que tal proceso no obedece únicamente a modificaciones estructurales de un conjunto de dendritas, sino a adaptaciones intra y extracelulares que ocupan más de una ruta de señalización biomolecular. Garcés & Suarez (2014)

En relación con los resultados encontrados en el pre test de Boston asociado al tipo, localización y extensión de la lesión; las manifestaciones en la comunicación de la persona merecen interés, ya que los lóbulos temporal, parietal y prefrontal del hemisferio izquierdo actúan directamente sobre los procesos léxico-semánticos, con una fuerte correlación entre las áreas temporo-parietales en las tareas del habla, repetición, denominación, comprensión de la escritura y lectura. En nuestro reporte de caso, su lesión cerebral según el estudio de RMN cerebral se le halló un área hemorrágica de gran

tamaño temporo-parietal izquierdo que comprende las áreas antes mencionadas, a excepción de la región prefrontal, lo que refuerza la correspondencia entre nuestro resultado encontrado durante el pre test de Boston en cuanto a las características lingüísticas y sitios de lesiones neurológicas adquiridas. Favoretto, et al (2017)

Los cambios en las características del lenguaje fueron favorables en la mayoría de las pruebas evaluadas siendo más notables en el perfil del habla y conversación, así como en el subtest de comprensión auditiva. Se evidenció resultados significativos en la mayoría de las pruebas evaluadas probablemente por el tipo y localización de la lesión, por la neuroplasticidad y el proceso de intervención temprana. En este reporte de caso, la lesión fue hemorrágica de gran tamaño en la región temporo-parietal izquierda, y según Lazcano Córdova, D., Ochoa González, E., Zárate-Cabrera, R. (2017), hace referencia que si hasta la edad puberal se sufre una lesión cerebral que involucra su hemisferio izquierdo; se tiene un caso de afasia, pero con una mayor posibilidad de recuperación, ya que la reorganización cerebral, producto de la neuroplasticidad, tiene un mayor potencial, que posiblemente asociado a una intervención temprana repercute con más favorablemente en la paciente.



## CONCLUSIONES

1. El perfil de las características del habla y conversación registró mejoría significativa en cuanto a longitud de frase, forma gramatical, repetición y encontrar palabras. Por otro lado, durante la última evaluación no se evidenciaron parafasias durante la conversación, mantuvo la línea melódica y agilidad articulatoria.
2. La comprensión auditiva, que incluyó los subtest de discriminación de palabras, identificación de partes del cuerpo, discriminación derecha-izquierda, órdenes simples y complejas, y material ideativo complejo; presentó evolución favorable en todos los subtest.
3. La expresión oral mejoró significativamente en todos los subtest, sin embargo, mostró menor avance en los ítems del subtest de recitado.
4. La comprensión del lenguaje escrito mejoró en la mayoría de subtest, a excepción de los subtests de comprensión de deletreo oral y lectura de oraciones y párrafos.
5. La escritura fue con letra clara en la tarea de transcripción similar a la que realizaba previo a la lesión cerebral, aún con dificultad en la escritura para realizar un texto narrativo y deletreo al dictado.

## **RECOMENDACIONES**

- Seguir efectuando investigaciones con una mayor cantidad de casos para comprender la evolución de las características del lenguaje en adolescentes, lo que permitirá obtener resultados más finos sobre el proceso evolutivo del perfil lingüístico.
- Adaptar o crear nuevos test para la población afásica infantil peruana, dado que el Test de Boston es una evaluación diagnóstica muy extensa para niños y adolescentes.

## REFERENCIAS

- Alfaro Mariátegui, M. D. R. y Aparicio Bernal, C. C. (2018). Análisis lingüístico de aspectos comprensivos y expresivos en afasia infantil. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica Del Perú]. <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/9976>
- Ardila A. Trastornos del Lenguaje en Pacientes con Lesiones Cerebrales. [Archivo PDF]. [https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/2013-ardila-trastornos\\_del\\_lenguaje\\_en\\_pacientes\\_con\\_lesiones-cerebrales.pdf](https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/2013-ardila-trastornos_del_lenguaje_en_pacientes_con_lesiones-cerebrales.pdf)
- Artigas, J., Rigau, E., y García, K. (2008). Trastornos de lenguaje. Protocolos Diagnóstico-Terapéuticos de la ERP: Neurología Pediátrica, 24(3), 178–184. [https://d1wqtxs1xzle7.cloudfront.net/52780889/24-lenguaje-libre.pdf?1492987093=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTabla\\_I\\_Estrategias\\_para\\_valorar\\_el\\_leng.pdf&Expires=1675227366&Signature=cc7rm5Jl7gGWLCFb~nkNLMXGQS79fAdvK4fS1GTD7hdiys3F09NHZOnPt7G8S4oQSj-qmAdsRHwn0JAdLzEL00thXE-9jro-yNN3kXJ4nZNVk2CWUqQitLqaBeudRm1oapkJqZI5kfqT1xayPQOrSjvNbfv3vbtbx1IWbIQF56VN6BoqT78mRKW9xuG0MBM~09utqIJSQicVnaW6RZkCNaXMnkIGtaB-tGy0~hKSA-Zmuem6g-mrXOmgKmXdZv0iLqBMz6EC6A4pD5fnsnpjJNsXmloZxKUYBLSd23UkRNLO7n1Xue6fqZMBySRnPeFN-MbAjeLZfRnoOOxdIHJkHg\\_\\_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](https://d1wqtxs1xzle7.cloudfront.net/52780889/24-lenguaje-libre.pdf?1492987093=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DTabla_I_Estrategias_para_valorar_el_leng.pdf&Expires=1675227366&Signature=cc7rm5Jl7gGWLCFb~nkNLMXGQS79fAdvK4fS1GTD7hdiys3F09NHZOnPt7G8S4oQSj-qmAdsRHwn0JAdLzEL00thXE-9jro-yNN3kXJ4nZNVk2CWUqQitLqaBeudRm1oapkJqZI5kfqT1xayPQOrSjvNbfv3vbtbx1IWbIQF56VN6BoqT78mRKW9xuG0MBM~09utqIJSQicVnaW6RZkCNaXMnkIGtaB-tGy0~hKSA-Zmuem6g-mrXOmgKmXdZv0iLqBMz6EC6A4pD5fnsnpjJNsXmloZxKUYBLSd23UkRNLO7n1Xue6fqZMBySRnPeFN-MbAjeLZfRnoOOxdIHJkHg__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA)
- Escobar Díez, R.M. y Suárez Escudero, J.C. (2013) Biología del lenguaje desde la afasia post ataque cerebrovascular: reporte de tres casos y revisión de tema. Med UPB. 2013;32(1):44-53. <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159029099006.pdf>
- Favoretto, N. C., Gutierrez Carleto, N., Grandini Cunha, P., G., Bertassi Panes, V.C., Yucubian Fernandes, A., Cusin Lamônica, D.A. y Caldana, M. D. L. (2017). Intervenção fonoaudiológica precoce em afasia infantil decorrente de um acidente

vascular cerebral: relato de caso. *Distúrbios Da Comunicação*, São Paulo, 29(3), 480-486. <https://doi.org/10.23925/2176-2724.2017v29i3p480-486>

Garcés- Vieira, M. V. y Suarez Escudero, J. C. (2014). Neuroplasticidad: aspectos bioquímicos y neurofisiológicos. *Rev CES Med*, 28(1), 119–132. <http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v28n1/v28n1a10.pdf>

González V, R. y Hornauer-Hughes, A. (2014). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, (194), 143–153. <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/05/Cerebro-y-lenguaje.pdf>

González V, R. y Hornauer-Hughes, A. (2014). Afasia: una perspectiva clínica. *Rev Hosp Clínico Univ Chile*. 2014;25(2):291-308. [https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/afasia2\\_una\\_perspectiva-clinica.pdf](https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/afasia2_una_perspectiva-clinica.pdf).

Hernandez Sampieri, R., Fernandez Collado, C. y Baptista Lucio, M. del P. (2014). *Metodología de la Investigación*. McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V

Hess Zimmermann, K. (2013). Desarrollo léxico en la adolescencia: Un análisis de sustantivos en narraciones orales y escritas. *Actualidades en Psicología*, 27(115), 2013, 113–127. [https://pdfs.semanticscholar.org/bd69/96b285f386599b63ca495577aef609b887c9.pdf?\\_ga=2.231125719.937247265.1675222516-1038490367.1627093780](https://pdfs.semanticscholar.org/bd69/96b285f386599b63ca495577aef609b887c9.pdf?_ga=2.231125719.937247265.1675222516-1038490367.1627093780)

Instituto Nacional de Rehabilitación de México. Guía clínica de terapia para la afasia. [Archivo PDF]. <https://ardescargas1.files.wordpress.com/2017/06/guicc81a-clicc81nica-de-terapia-para-la-afasia.pdf>

Lazcano Córdova, D., Ochoa González, E., Zárate-Cabrera, R. (2017). Afasia de broca infantil como secuela de leucemia linfoblástica aguda. *Revista Mexicana de Comunicación, Audiología, Otoneurología y Foniatría*. *Rev Mex Comun Audiol Otoneurología y Foniatría*. 2016;5 (3), 97–101. <https://www.medigraphic.com/pdfs/audiologia/fon-2016/fon163d.pdf>

- Narbona J, Crespo-Eguílaz N. (2008). Afasia en niños y adolescentes: Aspectos evolutivos. *Rev Neurol.* 2008;46(1):87–89. [https://www.researchgate.net/profile/Juan-Narbona/publication/331128857\\_Afasia\\_en\\_ninos\\_y\\_adolescentes\\_aspectos\\_evolutivos/links/0046352e2268140acf000000/Afasia-en-ninos-y-adolescentes-aspectos-evolutivos.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Juan-Narbona/publication/331128857_Afasia_en_ninos_y_adolescentes_aspectos_evolutivos/links/0046352e2268140acf000000/Afasia-en-ninos-y-adolescentes-aspectos-evolutivos.pdf)
- Narbona, J., & Crespo-Eguilaz, N. (2012). Plasticidad cerebral para el lenguaje en el niño y el adolescente. *Revista de Neurología* 2012; 54 (1): 127–130. <https://dadun.unav.edu/bitstream/10171/57825/1/bhS01S127.pdf>
- Narbona, J., Crespo-Eguílaz, N., Irigoyen, J., Fernández-Seara, M., Sánchez-Carpintero, R., Pastor, M.A. (2012) Evolución de la afasia en 3 observaciones infantojuveniles con lesión perisilviana izquierda, seguidos 5 años. <https://doi.org/10.1016/j.cortex>
- Nunes T., Recalde L. y Espinola de Canata M. (2008). Características de los accidentes cerebrovasculares (ACV) en niños. *Pediatría Organo Of la Soc Paraguaya Pediatría.* 2008;35(1):18-23. <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v35n1/v35n1a04.pdf>
- Nunes De Avila, L. (2009). A Linguagem Em Crianças E Adolescentes Acometidos Por Acidente Vascular Cerebral Infantil. [Tesis de Maestría, Universidade Federal do Rio Grande do Sul do Brasil]. <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/16377/000699045.pdf?sequence=1>
- Pérez Pedraza, P. y Salmerón López, T. (2006). Desarrollo de la comunicación y del lenguaje: indicadores de preocupación. *Revista Pediatría de Atención Primaria,* 8(32), 679–693. <https://pap.es/files/1116-612-pdf/637.pdf>
- Quintana Vicente, P.C. y Gensollen Durand, J.E. (2012). Adaptación de la Batería Bedside de lenguaje para la evaluación de la afasia. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. [https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5827/QUINTANA\\_PAMELA\\_GENSOLLEN\\_JAIR\\_ADAPTACION\\_BEDSIDE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/5827/QUINTANA_PAMELA_GENSOLLEN_JAIR_ADAPTACION_BEDSIDE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- Rado Triveño, J. (2006). Adaptación del Test de Boston a la población afásica que acude al INR. [Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú] <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/98>
- Real Academia Española. (s.f). Característica. En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 30 de enero de 2023, de <https://dle.rae.es/caracter%C3%ADstico>
- Real Academia Española. (s.f). Evolución. En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 30 de enero de 2023, de <https://dle.rae.es/evoluci%C3%B3n>
- Reza Suárez L, Calderón Reza JC, Cayambe Carrillo J, Lamingo Soriano G, Solórzano Almazán M. (2018). AFASIAS DE BROCA Y DE WERNICK Y SU REPERCUSIÓN EN EL RENDIMIENTO ACADÉMICO. Revista Atlante: Cuadernos de Educación y Desarrollo. <https://www.eumed.net/rev/atlante/2018/09/afasias-broca-wernick.zip>
- Roselli, M. (2003). Maduración cerebral y desarrollo cognoscitivo. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 1, 1–14. [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1692-715X2003000100005](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1692-715X2003000100005)
- Sedano Santiago, G. y Rodríguez Gárate, P. (2016). Epidemiología, rehabilitación y pronóstico de las afasias. Rev Hered Rehab. 2016; 1:11-20. <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RHR/article/view/2891>
- Stake, R. (1999). Investigación con estudios de casos. Ediciones Morata S.L. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Investigacion-con-estudios-de-caso.pdf>
- Vendrell JM. (2001) Las afasias: Semiología y tipos clínicos. REV NEUROL 2001; 32 (10): 980-986. <http://ardilladigital.com/DOCUMENTOS/EDUCACION%20ESPECIAL/LOGOPEDIATRASTORNOS%20LENGUAJE/AFASIAS/Las%20afasias%20-%20semiologia%20y%20tipos%20clinicos%20-%20Vendrell%20-%20art.pdf>

## ANEXOS

### Anexo N° 01

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO<sup>1</sup>

Estimado/a padre (madre):

Le pedimos el apoyo de su menor hijo (a) para la realización de la investigación conducida por Wendy Rafaela Castro Velásquez, estudiante de la Maestría en Fonoaudiología con mención en trastornos del lenguaje en niños y adolescentes de CPAL - Pontificia Universidad Católica del Perú, asesorada por la Dra. Julia Rado Triveño. La investigación denominada “Características evolutivas del lenguaje en una adolescente con diagnóstico de afasia atendida en una institución privada de Lima”, tiene como propósito obtener más información sobre los cambios que suceden con el desarrollo del lenguaje en los niños y adolescentes luego de una lesión cerebral, de manera que podamos atender mejor estos casos.

- La participación consistirá en una evaluación inicial y seguimiento después de la intervención de lenguaje a los 4 meses mediante la aplicación del test de Boston adaptado y test Bedside adaptado.
- Toda información permanecerá en estricta confidencialidad, es decir, la identidad será protegida.
- El recojo de la información no representa ningún riesgo.
- La información dicha por usted será utilizada únicamente para esta investigación. La información será guardada por el investigador en su computadora personal por un periodo de tres años luego de publicada la tesis.
- Su participación es totalmente voluntaria. Usted puede detener su participación en cualquier momento sin que eso le afecte, así como dejar de responder alguna pregunta que le incomode.
- Si tiene alguna pregunta sobre la investigación, puede hacerla en el momento que mejor le parezca.
- Si tiene alguna consulta sobre la investigación o quiere saber sobre los resultados obtenidos, puede comunicarse al siguiente correo electrónico: wendy\_73cv@hotmail.com. Además, si tiene alguna duda sobre aspectos éticos, puede comunicarse con el Comité de Ética de la Investigación CPAL, en caso de ser necesario.

Complete los siguientes enunciados en caso desee participar:

Nombre completo:	
Nombre del apoderado	
Firma del apoderado o representante legal	
Firma del investigador:	
Fecha:	23/06/21

<sup>1</sup> Este protocolo de consentimiento informado (PCI) está pensado para participantes en situación de vulnerabilidad que no están familiarizados con investigaciones académicas y, por ello, este formato es más sencillo. Existen múltiples situaciones de este tipo y depende de cada investigador construir un PCI que se adecúe al perfil del participante.

## Anexo N° 02

### CASO 1: PRE TEST

#### 1. HABLA DE CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN

- a. Respuesta al saludo (Pregunta: “¿Cómo está usted hoy?”, o similar)

Bien.

¿Qué tal tu viaje?

Más o menos.

Nos fuimos a..., taxi.

Después no fuimos de ... ¿Cómo se llamaba?

Luego fui a comer con mi mamá pizza.

Luego llegué a dormir.

8 para comer, luego... (no recuerda) ...el temblor.

- b. Respuesta con “sí” o “no” (P. “¿Hacía mucho que no venía por aquí?”, “¿Trabaja usted actualmente?”, “¿Hace cuánto tiempo que no viene por aquí?”, “¿Duerme usted bien?”, etc).

Hace tiempo no venía

- c. Respuesta utilizando “Creo que sí” o equivalente. (P. “¿Cree usted que su problema puede mejorar?”, “¿Cree que su problema ha mejorado?”...)

Yo creo que sí

- d. Respuesta utilizando “no sé” o equivalente. (P. “¿Cuándo va a terminar su tratamiento?”...)

5 o no sé, cada vez mejor.

- e. Respuesta utilizando “así lo espero” o equivalente. (P. “Esperemos que pronto, ¿no cree?”)

Sí

- f. “¿Cuál es su nombre completo?”

Verbaliza sus nombres y apellidos con dificultad.

- g. “¿Cuál es su dirección completa?” (Aceptar como correcta cualquier respuesta que incluye calle y número, o calle y ciudad).

Hay un montón...sí sé pero no

Especialista: ¿La ciudad? Paciente: Chiclayo

Especialista: ¿Calle? Paciente: No responde

Especialista: ¿Número? Paciente: 7 (mamá dice J7)

Especialista: ¿Qué te gustaba hacer? Paciente: mis amigos...no sé

## IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO

IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO					DISCRIMINACIÓN DERECHA -IZQUIERDA					
	Correcto		Fracaso 0		Correcto		Fracaso 0		Correcto	Fracaso
	<5" 1 punto	>5" ½ punto			<5" 1 punto	>5" ½ punto				
Oreja	X			Muñeca	X			Oreja derecha	X	
Nariz	X			Dedo pulgar	X			Hombro izquierdo		X derecho
Hombro	X			Muslo	X			Rodilla izquierda	X	
Rodilla	X			Barbilla	X			Tobillo derecho	X	
Párpado	X			Codo	X			Muñeca derecha	X	
Tobillo	X			Labio	X			Pulgar izquierdo		X Meñique izquierdo
Pecho		X		Ceja	X			Codo derecho		X Pulgar derecho
Cuello	X			Mejilla	X			Mejilla izquierda		X
Dedo medio	X			Dedo índice		X		8 correctos 6-7 correctos	2 puntos 1 punto	

P.D. 18

## DISCRIMINACIÓN DE PALABRAS

Tarjeta 2	IDENTIFICACIÓN		CATE- GORÍA ½ punto	CLA- VE ½ punto	FRA- CASO 0	Tarjeta 3	IDENTIFICACIÓN		CATE- GORÍA ½ punto	CLA- VE ½ punto	FRA- CASO 0
	Menos de 5 " 2 puntos	Más de 5 " 1 punto					Menos de 5 " 2 puntos	Más de 5 " 1 punto			
OBJETOS:						ACCIONES					
Silla		X Señala la S				Fumando	X				
Llave	X					Bebiendo		X			
Guante	X					Corriendo	X				
Pluma	X					Durmiendo	X				
Hamaca	X					Cayendo	X				
						Goteando	X				

<b>LETRAS:</b>						<b>COLORES:</b>	X					
L	X					Azul	X					
H	X					Marrón	X					
R	X					Rojo	X					
T		X				Rosado	X					
S	X					Plomo	X					
G	X					Morado	X					
<b>FORMAS:</b>						<b>NÚMEROS:</b>						
Círculo	X					7	X					
Espiral	X					42	X					
Cuadrado	X					700	X					
Triángulo	X					1956	X					
Cono	X					15	X					
Estrella	X					7000	X					

P.D.

## ÓRDENES

1. Cierre la mano (SÍ)
2. Señale el techo; luego, el suelo. (NO)  
(Después de alinear un lápiz, un llavero y una tarjeta, en este orden, delante del sujeto, déle las órdenes siguientes).
3. Ponga el lápiz sobre la tarjeta, después póngalo donde estaba antes.  
(NO)
4. Ponga el llavero al otro lado del lápiz y dé la vuelta a la tarjeta.  
(NO)
5. Dése dos golpecitos en cada hombro con dos dedos y con los ojos cerrados. (NO)

P.D.

## MATERIAL IDEATIVO COMPLEJO

1. a. ¿Se hunde una tabla en el agua? ✓  
b. ¿Se hunde una piedra en el agua? ✓
2. a. ¿Sirve el martillo para cortar madera? ✓  
b. ¿Sirve un martillo para clavar clavos? ✓
3. a. ¿Se pesan más dos kilos de harina que uno? ✓  
b. ¿Pesa un kilo de harina más que dos? ✓
4. a. ¿Pasa el agua a través de un buen par de botas de jebe? ✓  
b. ¿Sirve un buen par de botas de jebe para no mojarse los pies? X

*“Voy a leerle una historia corta y después le haré algunas preguntas sobre ella. ¿Está usted preparado?”.* (Lea a velocidad normal).

El señor Pérez tenía que ir a Huaraz. Decidió coger el tren. Su esposa le llevó en el carro a la estación, pero en el camino se les reventó la llanta. Sin embargo, llegaron a la estación justo a tiempo para que él cogiera el tren.

5. a. ¿Perdió el tren el señor Pérez? X  
b. ¿Llegó el señor Pérez a tiempo a la estación? X
6. a. ¿Iba a Huaraz el señor Pérez? X  
b. ¿Venía de Huaraz el señor Pérez? ✓

*“Voy a leerle otra historia. ¿Está preparado?”.*

Una señora entra en una zapatería y le dice al vendedor “Buenas tardes, venía a comprarme unos zapatos”. El empezó a sacarle modelos, y la señora se los probaba. Al cabo de un buen rato, la señora, por fin, se decidió y dijo: “Lo que yo quiero son unos zapatos de cocodrilo”. El vendedor, ya desesperado, le contestó: “Pero señora, ¿no sabe usted que los cocodrilos no llevan zapatos?”.

7. a. ¿Le costó mucho tiempo decidirse a la señora? X  
b. Cuando la señora entró en la zapatería, ¿Sabía el modelo de zapatos que quería? X
8. a. ¿Compró la señora los zapatos que le gustaban? X  
b. ¿Se quedó la señora sin sus zapatos de cocodrilo? X

*“Ahora voy a leerle otra. ¿Está listo?”.*

Se encontraron por la calle dos amigos. Uno era arequipeño y el otro era un cusqueño que estaba muy apenado. Le preguntó el arequipeño: “¿Qué te pasa, hombre?”, y el cusqueño respondió: “Es que ando muy mal de dinero. Si pudieras prestarme algo...” El arequipeño sacó la billetera y le dio 50 soles pero el cusqueño, en vez de alegrarse, se echó a llorar. El arequipeño, extrañado, le pregunta: “¿Pero qué te pasa ahora?” A lo que el cusqueño responde: “Es que tengo la impresión de que no nos volveremos a ver”.

9. a. ¿Se encontraba triste el cusqueño? ✓  
b. ¿Estaba contento el cusqueño? ✓
10. a. Cuando el arequipeño dio el dinero a su amigo, ¿se puso éste contento? ✓  
b. ¿Cuándo el arequipeño dio el dinero a su amigo, ¿se puso éste a llorar? ✓
- “Le voy a leer otra. Escuche con atención.”*
- Los cachorros de león nacen ya con un profundo instinto para la caza. En sus juegos se persiguen y se lanzan unos sobre otros como si estuvieran luchando. A lo largo del primer año de su vida, estos juegos llegan a convertirse en una técnica eficaz para cazar y dar muerte a sus presas. Esta habilidad se adquiere después de mucha práctica y de la imitación de los leones mayores.
11. a. ¿Nos dice esta historia cómo se cazan los leones? ✓  
b. ¿Nos dice esta historia cómo aprenden los leones a cazar? ✓
12. a. ¿Dice esta historia que los leones son hábiles cazadores desde que nacen? X  
b. ¿Dice esta historia que los leones necesitan practicar antes de poder dar caza a sus presas? ✓

P.D. 

6
---

## EXPRESIÓN ORAL

### -AGILIDAD ORAL

#### NO VERBAL

#### VERBAL

Acción requerida	Número de veces en 5"		Palabras del test	Número de veces en 5"	
	2 puntos	1 punto		2 puntos	1 punto
a. Contraiga los labios, relájelos.	<b>8</b>	4-7	a. Mamá, mamá...	<b>9</b>	3-8
b. Abra y cierre la boca.	<b>10</b>	6-9	b. Tic – Tac,...	6	<b>2-5</b>
c. Retraiga los labios, relájelos.	<b>8</b>	4-7	c. Cinco,...	5	2-4
d. Mueva la lengua de un lado a otro.	<b>8</b>	4-7	d. Gracias,...	9	<b>3-8</b>
e. Saque y esconda la lengua.	<b>8</b>	4-7	e. Mermelada,...	7	3-6
f. Mueva la lengua de arriba abajo tocando los dientes.	<b>7</b>	3-6	f. Futbolista,...	5	2-4
			g. Excavadora,...	7	3-6

P.D. 12

P.D. 4

-SECUENCIAS AUTOMATIZADAS

**ARTICULACIÓN**

**PARAFASIA**

Normal	Torpe	distorsionada	Fracaso			Distorsión Neológica	Literal	Verbal	Otras
				1 punto	2 puntos				
				1. Días de la semana: (SOLO ESCRIBIR)					
...	...	...	...	Lunes. Mar. Miérc.		...	...	...	...
...	...	...	...	Jue. Vier. Sáb. Dom.	4 consecutivos	...	...	...	...
				2. Meses del año: (SOLO FEBRERO)					
...	...	...	...	En. Feb. Mar. Abr.		...	...	...	...
...	...	...	...	May. Jun. Jul. Ag.		...	...	...	...
...	...	...	...	Sept. Oct. Nov. Dic.	5 consecutivos	...	...	...	...
				3. Contar hasta 21: (CORRECTO)					
...	...	...	...	1 2 3 4 5 6 7 8 9		...	...	...	...
...	...	...	...	10 11 12 13 14 15		...	...	...	...
...	...	...	...	16 17 18 19 20 21	8 consecutivos	...	...	...	...
				4. Alfabeto: (NINGUNO)					
...	...	...	...	a b c (ch) d e f g		...	...	...	...
...	...	...	...	h i j k l (ll) m n		...	...	...	...
...	...	...	...	ñ o p q r s t u		...	...	...	...
...	...	...	...	v (w) x y z	7 consecutivos	...	...	...	...

P.D.

2

## RECITADO, CANTO Y RITMO

### RECITADO

“Dime con quién andas (y te diré)...”	X
“No por mucho madrugar (amanece)...”	X
“Más vale pájaro en mano (que ciento)...”	X
“Quién mal anda (mal)...”	X
“Perro que ladra (no)...”	X perro cómo se llama
“A mal tiempo (buena)...”	bien

P.D.

### CANTO

“Somos libres...”	X no recuerda
“Los pollitos dicen...”	X frío
“Un elefante se balanceaba...”	X mañana
“Arroz con leche...”	X sí pero no me salen las letras

P.D.

RITMO: Paciente realiza patrón rítmico.

P.D.

## REPETICIÓN DE PALABRAS

Articulación					Parafasia			
Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso		Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
X				Qué				
X				Silla				
				Hamaca		X camaca		
X				Morado (movi-morado)				
X				Marrón				
X				X (equis) (aquí-equis)				
				Quince		X Liste ince		
			X	1776				
				Insistir		X entrir intir		
			X	Católico apostólico				

P.D. 

5
---

## REPETICIÓN DE FRASES Y ORACIONES

Articulación				Parafasia					
Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	Columna 1 (Alta probabilidad)	Columna 2 (Baja probabilidad)	Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
			X	a. Ya lo veo. (yo veo)					
			X		a. El caño gotea. (gotea)				
			X	b. Baja a la calle. (calle)					
			X		b. La granadilla estaba amarga (no)				
			X	c. Volví del trabajo a casa. (a casa)					
			X		c. El espía se cayó al suelo. (espío-agua)				
			X	d. No se lo digas a ella. (no ella)					
			X		d. Saca la batería del armario. (mario)				
			X	e. No te preocupes y hazlosi puedes (no te preocupe)					
			X		e. El mantón de Manila tenía pocos flecos. (mandil)		X		
			X	f. Está junto a la mesa del comedor (no)					
			X		f. El espantapájaros estaba vestido de rojo. (rojo)				
			X	g. Anoche oyeron al ministro hablar por la radio. (no)					
			X		g. El abogado encontró de repente, una pepita de oro. (pepita)				X

			X	h. Subí corriendo a su casa y llamé al timbre (lolí)				
			X		h. El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo. (no)			

P.D.

P.D.

## LECTURA DE PALABRAS

### ARTICULACIÓN PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
				0-3" 3 puntos.	3-10" 2 punt.	10-30" 1 punto	Fracaso 0				
							Sisa sima	X			
			X								
							maca	X			
			X								
							sinse	X			
							X Modado morado				
			X								
			X				jo	X			
					X						
					X						

P.D.

## RESPUESTA DE DENOMINACIÓN

### ARTICULACIÓN

### PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso		Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
					0-3" 3 puntos.	3-10" 2 punt.	10-30" 1 punto	Fracaso 0				
				¿Dónde miramos la hora?		X						
				¿Para qué sirve una navaja?				X				
				¿Para qué se usa un lápiz?	X Hace gesto							
				¿Con qué se puede cortar el papel?				X				
				¿De qué color es la hierba?				X				
				¿Qué se usa para encender un cigarro?				X solo gesto de fumar				
				¿Cuántas cosas hay en una docena?			X 3-12					
				¿De qué color es el carbón?			X negro					
				¿Dónde se compran las medicinas?				X escribe farmacia				

P.D. 7

## RESPUESTA DE DENOMINACIÓN

### ARTICULACIÓN PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	(ítems)	Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
					0-3" 3 puntos.	3-10" 2 punt.	10-30" 1 punto	Fracaso 0				
				Silla			X					
			X	Llave				X escribe llave				
			X	Guante								
				Pluma		X						
				Hamaca	X							
				Cactus			X					
				H		X						
			X	T								
				R	X							
				L	X							
			X	S								
				G	X							
			X	Cuadrado				X escribe cuandra	X			
				Triángulo		X						
				Corriendo	X							
				Durmiendo	X							
				Bebiendo		X beber						
				Fumando		X fumar						
			X	Cayendo				X escribe correr		X		
			X	Goteando				X agua		X		
				7	X							
				15		X						
			X	700				X sie	X			
			X	1956								
			X	42								
			X	7000								
				Rojo	X							
				Marrón	X							
				Rosado			X raso		X			
				Azul	X							
				Plomo	X							
				Morado			X marrón- morado					

## DENOMINACIÓN DE PARTES DEL CUERPO

### ARTICULACIÓN

### PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
				0-3"	3-10"	10-30"	Fracaso				
				3 puntos.	2 punt.	1 punto	0				
				Oreja	X						
				Nariz			X eriz		X		
				Hombro				X embro- hombre- hombro			
				Tobillo			X oído- otillo				
				Muñeca			X escribió muñeca				
				Pulgar				X			
				Codo		X escribió codo					
				Ceja	X escribió ceja						
				Uña				X escribió uña			
				Rodilla		X escribió rodilla					

P.D.

## NOMBRAR ANIMALES

Perro, gallina, burro, gato en 90"

P.D.

### LECTURA DE ORACIONES EN VOZ ALTA

	Correcto 1 punto	Fracaso 0
Ya lo veo. (ya veo)		x
Baja a la calle. (a-ba-coe)		x
Volví del trabajo a casa. (voy)		x
Está junto a la mesa del comedor. (esta jonce junto a la mesa come)		x
Anoche oyeron al ministro hablar por la radio. (no lee)		x
La granadilla estaba amarga. (no lee)		x
El espía se cayó al suelo. (no lee)		x
El espantapájaros estaba vestido de rojo. (no lee)		x
El abogado encontró, de repente, una pepita de oro. (no lee)		x
El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo. (no lee)		x

P.D.

### COMPRESIÓN DEL LENGUAJE ESCRITO

#### -DISCRIMINACIÓN DE LETRAS Y PALABRAS

#### ITEMS

EN	_____	<u>SI</u>	flor	<u>SI</u>
G	_____	<u>SI</u>	B	<u>SI</u>
H	_____	<u>SI</u>	plomo	<u>SI</u>
Sal	_____	<u>SI</u>	F	<u>SI</u>
K	_____	<u>SI</u>	más	<u>SI</u>

P.D.

## ASOCIACIÓN FONÉTICA

### -RECONOCIMIENTO DE PALABRAS

MASA	<u>SI</u>	LADRÓN	<u>SI</u>
LECHO	<u>SI</u>	COMER	<u>NO</u>
HUECO	<u>SI</u>	RIMA	<u>SI</u>
PELEAR	<u>SI</u>	ATAR	<u>SI</u>

P.D.

### -COMPRESIÓN DEL DELETREO ORAL (\*NO COMPRENDE)

N-O  
P-A-N  
L-A-Z-O  
T-R-E-N-

Q-U-E-S-O  
D-I-S-C-O  
A-R-C-H-I-V-O  
H-E-R-R-E-R-O

P.D.

### EMPAREJAR DIBUJO-PALABRA

ITEMES

Silla	<u>SI</u>
Círculo	<u>SI</u>
Hamaca	<u>SI</u>
Triángulo	<u>SI</u>
Quince	<u>SI</u>
morado	<u>SI</u>
setecientos veinte	<u>SI</u>
gotear	<u>SI</u>
marrón	<u>SI</u>
fumar	<u>SI</u>

P.D.

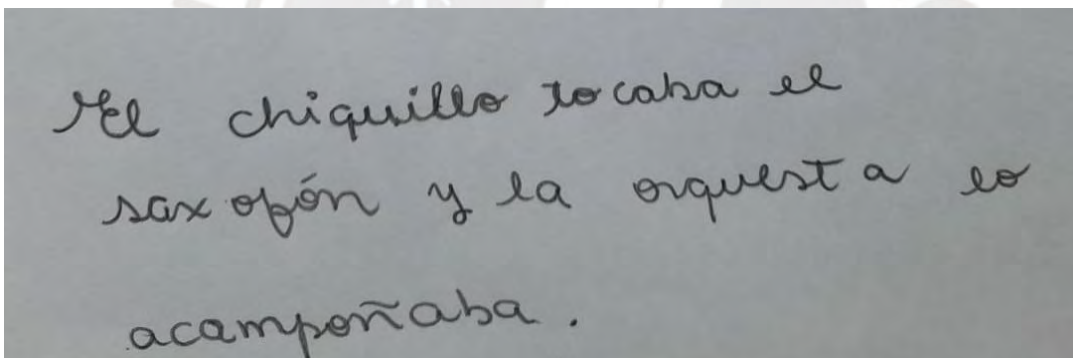
## LECTURA DE ORACIONES Y PÁRRAFOS

P.D.

## ESCRITURA



- La adolescente escribió su nombre con letra ligada clara, con un cambio de grafema en su primer apellido, que fue autocorregido. La dirección escribió con letra imprenta clara.



P.D.

## RECUERDO DE SÍMBOLOS ESCRITOS

### -ESCRITURA SERIADA

Número de letras correctas 3

Número de números correctos 21

P.D.

### -DICTADO ELEMENTAL

Letras aisladas: 4

Números: 1

Palabras elementales: 4

P.D.

### ENCONTRAR PALABRAS ESCRITAS

-DELETREO AL DICTADO

\* NO REALIZÓ

P.D.

-DENOMINACIÓN POR CONFRONTACIÓN ESCRITA

\* NO REALIZÓ

P.D.

### FORMULACIÓN ESCRITA

-ESCRITURA NARRATIVA

\*Sólo dijo palabras: galletas, agua, mamá.

P.D.

-ORACIONES AL DICTADO

La madre no los ve	madre soltar
El niño está agarrando las galletas	el niño galletas
Si no tiene cuidado, se caerá de la banca	puedar

P.D.

## CASO 1: POST TEST

### 1. HABLA DE CONVERSACIÓN Y EXPOSICIÓN

- a. Respuesta al saludo (Pregunta: “¿Cómo está usted hoy?”, o similar)

Cansada, pero bien.

- b. Respuesta con “sí” o “no”

“¿Hacía mucho que no venía por aquí?”

Sí

“¿Trabaja usted actualmente?”

Sí

“¿Hace cuánto tiempo que no viene por aquí?”

No sé

“¿Duerme usted bien?”

No porque no puedo dormir. Porque no puedo dormir

“¿Qué hiciste hoy?”

Me fui al bus, luego vino mi papá y mi hermano. Luego, llamó un taxi para ir a la casa de mi papá, luego fui a comer, nada.

Especialista: ¿Qué compraste?: un teléfono nuevo, después mis fotos, de ahí nada más.

- c. Respuesta utilizando “Creo que sí” o equivalente. (P. “¿Cree usted que su problema puede mejorar?”, “¿Cree que su problema ha mejorado?” ...)

Sí

Sí

- d. Respuesta utilizando “no sé” o equivalente. (P. “¿Cuándo va a terminar su tratamiento?” ...)

No sé

- e. Respuesta utilizando “así lo espero” o equivalente. (P. “Esperemos que pronto, ¿no cree?”

Sí

- f. “¿Cuál es su nombre completo?”

La paciente verbalizó sus nombres y apellidos correctamente.

- g. “¿Cuál es su dirección completa?” (Aceptar como correcta cualquier respuesta que incluye calle y número, o calle y ciudad).

La paciente logró verbalizar su dirección correctamente.

## IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO

	IDENTIFICACIÓN DE PARTES DEL CUERPO				DISCRIMINACIÓN DERECHA -IZQUIERDA				Correcto	Fracaso
	Correcto		Fracaso 0		Correcto		Fracaso 0			
	<5" 1 punto	>5" ½ punto			<5" 1 punto	>5" ½ punto				
Oreja	X			Muñeca	X			Oreja derecha	X	
Nariz	X			Dedo pulgar	X			Hombro izquierdo	X	
Hombro	X			Muslo			X	Rodilla izquierda	X	
Rodilla	X			Barbilla	X			Tobillo derecho	X (doble: hombro derecho)	
Párpado	X			Codo	X			Muñeca derecha	X	
Tobillo	X			Labio	X			Pulgar izquierdo	X	
Pecho	X			Ceja	X			Codo derecho	X	
Cuello	X			Mejilla	X			Mejilla izquierda	X	
Dedo medio	X			Dedo índice	X			8 correctos 6-7 correctos	2 puntos 1 punto	

P.D. 19

## DISCRIMINACIÓN DE PALABRAS

Tarjeta 2	IDENTIFICACIÓN		CATE- GORIA ½ punto	CLA- VE ½ punto	FRA- CASO 0	Tarjeta 3	IDENTIFICACIÓN		CATE- GORIA ½ punto	CLA- VE ½ punto	FRA- CASO 0
	Menos de 5 " 2 puntos	Más de 5 " 1 punto					Menos de 5 " 2 puntos	Más de 5 " 1 punto			
<b>OBJETOS:</b>						<b>ACCIONES</b>					
<b>Silla</b>	X					<b>Fumando</b>	X				
<b>Llave</b>	X					<b>Bebiendo</b>	X				
<b>Guante</b>	X					<b>Corriendo</b>	X				
<b>Pluma</b>	X					<b>Durmiendo</b>	X				
<b>Hamaca</b>	X					<b>Cayendo</b>	X				
						<b>Goteando</b>	X				
<b>LETRAS:</b>						<b>COLORES:</b>	X				
<b>L</b>	X					<b>Azul</b>	X				
<b>H</b>	X					<b>Marrón</b>	X				
<b>R</b>	X					<b>Rojo</b>	X				
<b>T</b>	X					<b>Rosado</b>	X				
<b>S</b>	X					<b>Plomo</b>	X				

<b>G</b>	X					<b>Morado</b>	X					
<b>FORMAS:</b>						<b>NÚMEROS:</b>						
<b>Círculo</b>	X					7	X					
<b>Espiral</b>	X					42	X					
<b>Cuadrado</b>	X					700	X					
<b>Triángulo</b>	X					1956	X					
<b>Cono</b>	X					15	X					
<b>Estrella</b>	X					7000	X					

P.D.

## ÓRDENES

6. Cierre la mano (SÍ)
7. Señale el techo; luego, el suelo. (SÍ)  
(Después de alinear un lápiz, un llavero y una tarjeta, en este orden, delante del sujeto, déle las órdenes siguientes).
8. Ponga el lápiz sobre la tarjeta, después póngalo donde estaba antes. (SÍ)  
(se repite 2 veces)
9. Ponga el llavero al otro lado del lápiz (SÍ) y dé la vuelta a la tarjeta. (NO)
10. Dése dos golpecitos(SÍ) en cada hombro(SÍ) con dos dedos(NO) y con los ojos cerrados. (NO)

P.D.

## MATERIAL IDEATIVO COMPLEJO

1.
  - a. ¿Se hunde una tabla en el agua? ✓
  - b. ¿Se hunde una piedra en el agua? ✓
2.
  - a. ¿Sirve el martillo para cortar madera? ✓
  - b. ¿Sirve un martillo para clavar clavos? ✓

3.
  - a. ¿Se pesan más dos kilos de harina que uno? X
  - b. ¿Pesa un kilo de harina más que dos? X
4.
  - a. ¿Pasa el agua a través de un buen par de botas de jebe? ✓
  - b. ¿Sirve un buen par de botas de jebe para no mojarse los pies? X

*“Voy a leerle una historia corta y después le haré algunas preguntas sobre ella. ¿Está usted preparado?”.* (Lea a velocidad normal).

El señor Pérez tenía que ir a Huaraz. Decidió coger el tren. Su esposa le llevó en el carro a la estación, pero en el camino se les reventó la llanta. Sin embargo, llegaron a la estación justo a tiempo para que él cogiera el tren.

5.
  - a. ¿Perdió el tren el señor Pérez? X
  - b. ¿Llegó el señor Pérez a tiempo a la estación? X
6.
  - a. ¿Iba a Huaraz el señor Pérez? ✓
  - b. ¿Venía de Huaraz el señor Pérez? ✓

*“Voy a leerle otra historia. ¿Está preparado?”.*

Una señora entra en una zapatería y le dice al vendedor “Buenas tardes, venía a comprarme unos zapatos”. El empezó a sacarle modelos, y la señora se los probaba. Al cabo de un buen rato, la señora, por fin, se decidió y dijo: “Lo que yo quiero son unos zapatos de cocodrilo”. El vendedor, ya desesperado, le contestó: “Pero señora, ¿no sabe usted que los cocodrilos no llevan zapatos?”.

8.
  - a. ¿Le costó mucho tiempo decidirse a la señora? X
  - b. Cuando la señora entró en la zapatería, ¿Sabía el modelo de zapatos que quería? X
8.
  - a. ¿Compró la señora los zapatos que le gustaban? X
  - b. ¿Se quedó la señora sin sus zapatos de cocodrilo? X

*“Ahora voy a leerle otra. ¿Está listo?”.*

Se encontraron por la calle dos amigos. Uno era arequipeño y el otro era un cusqueño que estaba muy apenado. Le preguntó el arequipeño: “¿Qué te pasa, hombre?”, y el cusqueño respondió: “Es que ando muy mal de dinero. Si pudieras prestarme algo...” El arequipeño sacó la billetera y le dio 50 soles pero el cusqueño, en vez de alegrarse, se echó a llorar. El arequipeño, extrañado, le pregunta: “¿Pero

qué te pasa ahora?” A lo que el cusqueño responde: “Es que tengo la impresión de que no nos volveremos a ver”.

13. a. ¿Se encontraba triste el cusqueño? ✓  
b. ¿Estaba contento el cusqueño? ✓
14. a. Cuando el arequipeño dio el dinero a su amigo,  
¿se puso éste contento? ✓  
b. ¿Cuándo el arequipeño dio el dinero a su amigo,  
¿se puso éste a llorar? ✓

*“Le voy a leer otra. Escuche con atención.”*

Los cachorros de león nacen ya con un profundo instinto para la caza. En sus juegos se persiguen y se lanzan unos sobre otros como si estuvieran luchando. A lo largo del primer año de su vida, estos juegos llegan a convertirse en una técnica eficaz para cazar y dar muerte a sus presas. Esta habilidad se adquiere después de mucha práctica y de la imitación de los leones mayores.

15. a. ¿Nos dice esta historia cómo se cazan los leones? ✓  
b. ¿Nos dice esta historia cómo aprenden los leones a cazar? X
16. a. ¿Dice esta historia que los leones son hábiles cazadores desde que nacen? X  
b. ¿Dice esta historia que los leones necesitan practicar antes de poder dar caza a sus presas? ✓

P.D.

5

## EXPRESIÓN ORAL

### -AGILIDAD ORAL

#### NO VERBAL

#### VERBAL

Acción requerida	Número de veces en 5"		Palabras del test	Número de veces en 5"	
	2 puntos	1 punto		2 puntos	1 punto
a. Contraiga los labios, relájelos.	8	4-7	a. Mamá, mamá...	9	3-8
b. Abra y cierre la boca.	10	6-9	b. Tic – Tac,...	6	2-5
c. Retraiga los labios, relájelos.	8	4-7	c. Cinco,...	5	2-4
d. Mueva la lengua de un lado a otro.	8	4-7	d. Gracias,...	9	3-8
e. Saque y esconda la lengua.	8	4-7	e. Mermelada,...	7	3-6
f. Mueva la lengua de arriba abajo tocando los dientes.	7	3-6	f. Futbolista,...(dijo: fulbolista)	5	2-4
			g. Excavadora,...	7	3-6

P.D.

P.D.

-SECUENCIAS AUTOMATIZADAS

**ARTICULACIÓN**

**PARAFASIA**

Normal	Torpe	distorsionada	Fracaso			Distorsión Neológica	Literal	Verbal	Otras
				1 punto	2 puntos				
...	...	...	...	1. Días de la semana:					
...	...	...	...	Lunes. Mar. Miérc.					
...	...	...	...	Jue. Vier. Sáb. Dom.	4 consecutivos	<b>todos</b> ✓			
...	...	...	...	2. Meses del año:					
...	...	...	...	En. Feb. Mar. Abr.					
...	...	...	...	May. Jun. Jul. Ag.					
...	...	...	...	Sept. Oct. Nov. Dic.	5 consecutivos	<b>todos</b> ✓			
...	...	...	...	3. Contar hasta 21:					
...	...	...	...	1 2 3 4 5 6 7 8 9					
...	...	...	...	10 11 12 13 14 15					
...	...	...	...	16 17 18 19 20 21	8 consecutivos	<b>todos</b> ✓			
...	...	...	...	4. Alfabeto: (NINGUNO)					
...	...	...	...	a b c (ch) d e f g					
...	...	...	...	h i j k l (ll) m n					
...	...	...	...	ñ o p q r s t u					
...	...	...	...	v (w) x y z	7 consecutivos✓	todos			

P.D.

7

## RECITADO, CANTO Y RITMO

### RECITADO

“Dime con quién andas (y te diré)...”	X
“No por mucho madrugar (amanece)...”	X
“Más vale pájaro en mano (que ciento)...”	X
“Quién mal anda (mal)...”	X
“Perro que ladra (no)...”	✓ muerde
“A mal tiempo (buena)...”	✓ cara

P.D.

### CANTO

“Somos libres...”	X sólo algunas letras, pero con melodía.
“Los pollitos dicen...”	X dijo: que resistía
“Un elefante se balanceaba...”	X
“Arroz con leche...”	X logra completar con ayuda, recuerda melodía

P.D.

RITMO: Paciente realiza patrón rítmico.

P.D.

## REPETICIÓN DE PALABRAS

Articulación					Parafasia			
Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso		Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
X				Qué				
X				Silla				
X				Hamaca				
X				Morado				
X				Marrón				
X				X (equis)				
X				Quince				
				1776		X Mil seteciente Mil siete ciento Setecientos		
				Insistir		X Insistí Insistir		
X Con duda				Católico apostólico				

P.D.

8

## REPETICIÓN DE FRASES Y ORACIONES

Articulación									Parafasia			
Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	Columna 1 (Alta probabilidad)		Columna 2 (Baja probabilidad)		Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras	
				X								h. Ya lo veo.
X						i. El caño gotea.						
				j. Baja a la calle. (Baja la calle)							X Omite "a"	
						b. La granadilla estaba amarga (La granadilla está fea)					X	
X				k. Volví del trabajo a casa. (Volví de... Del trabajo a casa)								
						c. El espía se cayó al suelo. (espía... Se cayó al suelo)					X	
X				l. No se lo digas a ella.								
						d. Saca la batería del armario. (Sal la batería en la armario)					X	
				m. No te preocupes y hazlo si puedes (y lo haz, si puedes)							X	
						e. El mantón de Manila tenía pocos flecos. (El ma)					X	
X				n. Está junto a la mesa del comedor								
X						f. El espantapájaros estaba vestido de rojo.						
				o. Anoche oyeron al ministro hablar por la radio. (en la noche)							X	
						g. El abogado encontró de repente, una pepita de oro. (El abogado)					X	
				p. Subí corriendo a su casa y llamé al timbre (no)								
						h. El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo. (El fantasma sin)					X	

P.D. 4

P.D. 2

# LECTURA DE PALABRAS

## ARTICULACIÓN

### PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso		Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
					0-3" 3 puntos.	3-10" 2 punt.	10-30" 1 punto	Fracaso 0				
				Silla	X							
				Círculo	X							
				Hamaca	X							
				Triángulo	X							
				Quince	X							
				Morado	X							
				Setecientos veinte				X				X
				Gotear	X							
				Marrón	X							
				Fumar	X							

P.D. 27

## RESPUESTA DE DENOMINACIÓN

### ARTICULACIÓN

### PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso		Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
					0-3"	3-10"	10-30"	Fracaso				
					3 puntos.	2 punt.	1 punto	0				
				¿Dónde miramos la hora?	X reloj							
				¿Para qué sirve una navaja?	X corta							
				¿Para qué se usa un lápiz?	X escribir							
				¿Con qué se puede cortar el papel?	X tijera							
				¿De qué color es la hierba?	X verde							
				¿Qué se usa para encender un cigarro?		X Encendedor encendedor				X		
				¿Cuántas cosas hay en una docena?	X 12							
				¿De qué color es el carbón?	X negro							
				¿Dónde se compran las medicinas?			X Sarmacia farmacia			X		

P.D. 25

## RESPUESTA DE DENOMINACIÓN

### ARTICULACIÓN PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso	(ítems)	Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
					0-3" 3 puntos.	3-10" 2 punt.	10-30" 1 punto	Fracaso 0				
				Silla	X							
				Llave	X							
				Guante			X					
				Pluma	X							
				Hamaca	X							
				Cactus				X planta				
				H		X						
				T	X							
				R	X							
				L	X							
				S	X							
				G	X							
				Cuadrado				X				
				Triángulo	X							
				Corriendo	X corra caminando							
				Durmiendo	X							
				Bebiendo	X							
				Fumando	X							
				Cayendo				X Dice caer pasado los 30 segundos				
				Goteando		X						
				7	X							
				15	X							
				700		X						
				1956				X				
				42	X							
				7000				X				
				Rojo	X							
				Marrón	X							
				Rosado	X							
				Azul	X							
				Plomo	X							
				Morado	X							

## DENOMINACIÓN DE PARTES DEL CUERPO

### ARTICULACIÓN

### PARAFASIA

Normal	Torpe	Distorsionada	Fracaso		Tiempo aproximado por respuesta				Distorsión neológica	Literal	Verbal	Otras
					0-3"	3-10"	10-30"	Fracaso				
					3 puntos.	2 punt.	1 punto	0				
				Oreja	X							
				Nariz	X							
				Hombro				X brazo				
				Tobillo				X Codo, pantorrilla				
				Muñeca			X Primero dijo mano					
				Pulgar	X							
				Codo	X							
				Ceja	X							
				Uña	X							
				Rodilla	X							

P.D.

## NOMBRAR ANIMALES

**Perro**, gato, vaca, burro, rata, elefante, caballo, chivo, cabra, oveja, sapo, mosca

P.D.

### LECTURA DE ORACIONES EN VOZ ALTA

	Correcto 1 punto	Fracaso 0
Ya lo veo.	X	
Baja a la calle.	X	
Volví del trabajo a casa.	X	
Está junto a la mesa del comedor. (Está justo a la mesa del comedor)	X	
Anoche oyeron al ministro hablar por la radio.	X	
La granadilla estaba amarga. (La granadilla estaba amargo)	X	
El espía se cayó al suelo.	X	
El espantapájaros estaba vestido de rojo. (pancajaro)		X
El abogado encontró, de repente, una pepita de oro.		X
El fantasma cruzó la calle sin respetar el semáforo.		X

P.D.

### COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE ESCRITO

#### -DISCRIMINACIÓN DE LETRAS Y PALABRAS

#### ITEMS

EN	_____	<u>SI</u>	flor	<u>SI</u>
G	_____	<u>SI</u>	B	<u>SI</u>
H	_____	<u>SI</u>	plomo	<u>SI</u>
Sal	_____	<u>SI</u>	F	<u>SI</u>
K	_____	<u>SI</u>	más	<u>SI</u>

P.D.

## ASOCIACIÓN FONÉTICA

### -RECONOCIMIENTO DE PALABRAS

MASA	<u>SI</u>	LADRÓN	<u>SI</u>
LECHO	<u>SI</u>	COMER	<u>SI</u>
HUECO	<u>NO</u>	RIMA	<u>SI</u>
PELEAR	<u>SI</u>	ATAR	<u>SI</u>

P.D.

### -COMPRESIÓN DEL DELETREO ORAL

N-O ✓  
P-A-N  
L-A-Z-O  
T-R-E-N

Q-U-E-S-O  
D-I-S-C-O  
A-R-C-H-I-V-O  
H-E-R-R-E-R-O

P.D.

### EMPAREJAR DIBUJO-PALABRA

ITEMES

Silla \_\_\_\_\_ SI  
Círculo \_\_\_\_\_ SI  
Hamaca \_\_\_\_\_ SI  
Triángulo \_\_\_\_\_ SI  
Quince \_\_\_\_\_ SI  
morado \_\_\_\_\_ SI  
setecientos veinte \_\_\_\_\_ SI  
gotear \_\_\_\_\_ SI  
marrón \_\_\_\_\_ SI  
fumar \_\_\_\_\_ SI

P.D.

## LECTURA DE ORACIONES Y PÁRRAFOS

P.D.

## ESCRITURA

### MECÁNICA DE LA ESCRITURA

- La adolescente escribió su nombre con letra ligada clara, con omisión de la sílaba “ne” al inicio que luego fue autocorregido.
- La dirección la escribió con letra ligada y clara en forma correcta.

P.D.

### RECUERDO DE SÍMBOLOS ESCRITOS

#### -ESCRITURA SERIADA

Número de letras correctas 6

Número de números correctos 21

P.D.

#### -DICTADO ELEMENTAL

Letras aisladas: 5

Números: 2

Palabras elementales: 5

P.D.

### ENCONTRAR PALABRAS ESCRITAS

#### -DELETREO AL DICTADO

\* NO REALIZÓ

P.D.

-DENOMINACIÓN POR CONFRONTACIÓN ESCRITA

P.D.

**FORMULACIÓN ESCRITA**

-ESCRITURA NARRATIVA

\*Sólo escribió palabras: secando, riendo, cayéndose, se, galleta, burlando.

P.D.

-ORACIONES AL DICTADO

La madre no los ve	madre nos ve
El niño está agarrando las galletas	el niño esta agarrando las galletas.
Si no tiene cuidado, se caerá de la banca	Si no cuidado se caera del banca

P.D.