



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE TÁCTIL KINESTÉSICO-
PROPIOCEPTIVO EN UN PACIENTE DE 3 AÑOS CON APRAXIA DEL HABLA
INFANTIL EN UN CENTRO DE LIMA-2023

CONSIDERATIONS FOR THE PROPRIOCEPTIVE KINESTHETIC TOUCH
APPROACH IN A 3-YEAR-OLD PATIENT WITH CHILDREN'S SPEECH
APRAXIA IN A CENTER IN LIMA-2023

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE LICENCIADO EN TECNOLOGÍA MÉDICA EN LA
ESPECIALIDAD DE TERAPIA DE AUDICIÓN, VOZ Y LENGUAJE

AUTORES

NATALY MILAGROS BARRAZA CARDENAS

ALEXIA SILVANA JIMENEZ GOÑAS

ASESOR

JOANNA ELENA VILLANUEVA VIVAS

CO-ASESOR

ANYELA MARILU CARRASCO BONILLA

LIMA – PERÚ
2024

ASESORES DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

ASESOR

Joanna Elena Villanueva Vivas

Departamento Académico de Tecnología Médica

ORCID: 0009-0006-8638-7227

CO-ASESOR

Anyela Marilu Carrasco Bonilla

Departamento Académico de Tecnología Médica

ORCID: 0000-0003-1736-0603

Fecha de Sustentación: 29 de junio del 2024

Calificación: Aprobado

DEDICATORIA

A nuestras familias, por su apoyo constante, por brindarnos todo su amor y compañía durante esta importante etapa de formación profesional en nuestras vidas. A nuestros pacientes, por confiar su salud y bienestar en nosotras, por ayudarnos a crecer como personas y profesionales. Y a nuestras pequeñas mascotas, por siempre acompañarnos durante las noches de trabajo continuo.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por otorgarnos una familia admirable, quienes han creído siempre en nosotras, forjándonos en valores y brindándonos ejemplos de superación y sacrificio para contribuir a la consecución de este logro. A nuestros asesores por ayudarnos en el desarrollo de este trabajo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Las autoras declaran no tener conflictos de interés.

RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD

CONSIDERACIONES PARA EL ABORDAJE TÁCTIL KINESTÉSICO-PROPIOCEPTIVO EN UN PACIENTE DE 3 AÑOS CON APRAXIA DEL HABLA INFANTIL EN UN CENTRO DE LIMA-2023

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
2	s3.amazonaws.com Fuente de Internet	1%
3	issuu.com Fuente de Internet	1%
4	hess.copernicus.org Fuente de Internet	1%
5	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
6	www.clubensayos.com Fuente de Internet	<1%
7	americanae.aecid.es Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.unitec.edu Fuente de Internet	<1%

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	2
III.	DEFINICIÓN TEÓRICA.....	2
3.1.	APRAXIA DEL HABLA INFANTIL.....	2
3.1.1.	Denominación de la apraxia del habla en niños:.....	2
3.1.2	Definición:	3
3.1.3	Edad del diagnóstico:	3
3.1.4.	Características principales:	3
3.2.	JERARQUÍA MOTORA DEL HABLA	3
3.2.1.	Etapa I. Tono corporal general para el control de movimiento	3
3.2.2.	Etapa II. Función soporte del habla, fonación y respiración	4
3.2.3.	Etapa III. Movimiento simple a movimiento combinado en un plan variable simple	4
3.2.4.	Etapa IV. Plano horizontal de movimiento adicionales	4
3.2.5.	Etapa V. Control secuencial de los movimientos orales y faciales	4
3.2.6.	Etapa VI. Movimientos secuenciados en planos múltiples	4
3.2.7.	Etapa VII. Prosodia/Rasgos suprasegmentales	4
3.3.	COMPONENTES LINGÜÍSTICOS	5
3.4.	ABORDAJE TÁCTIL KINESTÉSICO-PROPIOCEPTIVO.....	5
3.5.	ENFOQUE DE INTERVENCIÓN DE LA APRAXIA DEL HABLA INFANTIL MEDIANTE EL ABORDAJE TÁCTIL KINESTÉSICO-PROPIOCEPTIVO	5
3.5.1.	Conocimiento de los padres sobre AHI y su abordaje	5
3.5.2.	Abordaje interdisciplinario:	6
1.	Terapia ocupacional:	6

2. Modelo de integración sensorial:	6
3.5.3. Palabras objetivo:	6
IV. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	6
V. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL.....	9
a. LUGAR Y PERIODO EN DONDE SE DESARROLLÓ EL TSP	9
b. DESCRIPCIÓN DE LA EP Y ESTRATEGIAS APLICADAS	9
Fase 1: Intervención en la comunicación y derivación a terapia ocupacional.....	11
Fase 2: Planificación y replanteamiento de objetivos en base a los avances.....	11
Fase 3: Asesoramiento a la madre	12
Fase 4: Elección de las palabras objetivo	12
Fase 5: Intervención empleando las palabras objetivo.....	13
c. PRINCIPALES RETOS Y DESAFÍOS	14
d. PRINCIPALES HALLAZGOS.....	15
VI. COMPETENCIAS PROFESIONALES UTILIZADAS.....	16
VII. APORTES A LA CARRERA	17
VIII. CONCLUSIONES	18
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	19
X. ANEXOS	23

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Datos generales del paciente	9
Cuadro 2. Datos generales del paciente durante la evaluación	10
Cuadro 3. Intervención.....	13
Cuadro 4. Cursos y competencias en el TSP.....	16
Cuadro 5. Aportes del TSP a la carrera.....	17

RESUMEN

Introducción: La apraxia del habla infantil es un trastorno neurológico, donde los movimientos motores del habla se encuentran alterados, ocasionando que sea difícil emitir palabras con claridad. Por lo tanto, es fundamental aplicar un enfoque terapéutico que brinde el abordaje más ideal.

Objetivo: Describir las consideraciones para el abordaje táctil kinestésico-propioceptivo en un paciente de 3 años con apraxia del habla infantil durante el periodo de agosto a diciembre 2023 en un centro privado de Lima.

Descripción del trabajo: Después de identificar los errores en el habla y la comunicación del niño, se llevó a cabo el plan de intervención tomando en cuenta las consideraciones para un abordaje de la apraxia del habla infantil.

Resultados: Los resultados implicaron una adecuada emisión de las palabras objetivo dentro del contexto cotidiano sin el apoyo de la terapeuta.

Conclusiones: Las consideraciones para un abordaje táctil kinestésico-propioceptivo en un niño con apraxia del habla infantil son la aplicación de un abordaje interdisciplinario en colaboración con Terapia Ocupacional; el conocimiento de los padres acerca de la AHI y su abordaje; y la elección de un enfoque terapéutico que integre el uso de palabras objetivo.

PALABRAS CLAVES: apraxia del habla infantil, trastornos del habla, patología del habla y del lenguaje, patología del habla, habla.

ABSTRACT

Introduction: Childhood apraxia of speech is a neurological disorder, where the motor movements of speech are altered, making it difficult to utter words clearly. Therefore, it is essential to apply a therapeutic approach that provides the most ideal approach.

Objective: Describe the considerations for the kinesthetic-proprioceptive tactile approach in a 3-year-old patient with childhood apraxia of speech during the period from August to December 2023 in a private center in Lima.

Work Description: After identifying the errors in the child's speech and communication, the intervention plan was carried out taking into account the considerations for an approach to childhood apraxia of speech.

Results: The results implied an adequate emission of the target words within the everyday context without the support of the therapist.

Conclusions: Considerations for a kinesthetic-proprioceptive tactile approach in a child with childhood apraxia of speech are the application of an interdisciplinary approach in collaboration with Occupational Therapy; parents' knowledge about AHI and its approach; and choosing a therapeutic approach that integrates the use of target words.

KEYWORDS: childhood apraxia of speech, speech disorders, speech-language pathology, speech pathology, speech.

I. INTRODUCCIÓN

En 2007, la Asociación Americana del Habla, Lenguaje y Audición informó que la prevalencia de la apraxia del habla infantil oscila entre una ocurrencia por cada 1.000 niños (1,2). En Latinoamérica, la información sobre esta condición es limitada. Un estudio realizado en Ecuador reveló que entre el 5% y el 8% de preescolares presentaban trastornos del habla (3). La apraxia del habla infantil es un trastorno neurológico, donde los movimientos motores del habla se encuentran alterados (1).

Es pertinente mencionar que, se destacan tres características principales en la apraxia del habla infantil, como la producción de errores en la producción de consonantes y vocales en sílabas y palabras, dificultades para formar transiciones articulatorias entre sonidos y sílabas, y errores prosódicos (4). Adicionalmente, el diagnóstico de este trastorno es realizado por un fonoaudiólogo, logopeda o terapeuta de lenguaje (5).

Cabe destacar que, las causas de la apraxia del habla infantil pueden ser complicaciones materno perinatales, factores genéticos y de origen idiopático (6). Además, los niños con esta condición presentan dificultades para emitir palabras con claridad y ritmo adecuado, debido a ello, es difícil entenderlos. En consecuencia, esto puede afectar al desarrollo de habilidades sociales, habilidades académicas y generar preocupaciones en el entorno familiar (7,8).

Por lo tanto, es fundamental aplicar un enfoque terapéutico que brinde el abordaje más ideal para la apraxia del habla infantil (9). Uno de los enfoques con más evidencia científica en las últimas décadas, es el uso de señales que brindan información táctil kinestésica- propioceptiva (TKP), basadas en los principios de aprendizaje sensorio-motor (10,11). Agregando a lo anterior, también es importante considerar un abordaje interdisciplinario que fomente la eficacia del tratamiento (12).

Asimismo, se presentan diversos retos y desafíos como la falta de conocimiento por parte de los padres de familia acerca de los trastornos del habla, trastornos del lenguaje y de los enfoques terapéuticos más apropiados para la rehabilitación de sus menores

hijos (13). Debido a este desconocimiento, es común que opten por enfoques terapéuticos inadecuados. Muchos de estos enfoques no consideran un abordaje interdisciplinario que incluya al área de Terapia Ocupacional (14).

Por lo detallado anteriormente, se desarrolla el presente Trabajo de Suficiencia Profesional, en el cual se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las consideraciones para el abordaje táctil kinestésico-propioceptivo en un paciente de 3 años con apraxia del habla infantil durante el periodo de agosto a diciembre 2023 en un centro privado de Lima?

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

- Describir las consideraciones para el abordaje táctil kinestésico- propioceptivo en un paciente de 3 años con apraxia del habla infantil durante el periodo de agosto a diciembre 2023 en un centro privado de Lima.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explicar la importancia del conocimiento de los padres sobre la apraxia del habla infantil para la elección de un enfoque terapéutico adecuado.
- Describir la relevancia de la terapia ocupacional dentro de un abordaje interdisciplinario en un paciente con apraxia del habla infantil.
- Describir la influencia de la elección de una lista con palabras objetivo.

III. DEFINICIÓN TEÓRICA

3.1. APRAXIA DEL HABLA INFANTIL

3.1.1. Denominación de la apraxia del habla en niños:

La presencia de un trastorno motor en el habla ha sido denominada anteriormente como apraxia del habla del desarrollo (DAS), dispraxia verbal del desarrollo (DVD) o apraxia del habla infantil (AHI). Posteriormente, en 2007, la Asociación Americana del Habla,

Lenguaje y Audición (ASHA) optó por el término AHI para referirse a la apraxia del habla durante la infancia (6).

3.1.2 Definición:

Es un trastorno neurológico donde los movimientos motores del habla se encuentran alterados. Los niños con AHI no presentan parálisis en el mecanismo oral o factores orgánicos, que expliquen la ausencia de un habla inteligible (6). Por el contrario, se trata de niños que saben lo que quieren decir, pero se manifiesta un obstáculo en la planificación y/o programación provocando errores en la producción de los sonidos del habla y la prosodia (7).

3.1.3 Edad del diagnóstico:

La ASHA indica que el diagnóstico de AHI se brinde a partir de los 3 años, debido a que algunas características de la AHI suelen estar presentes en el discurso emergente de un niño menor de 3 años con desarrollo típico del habla y lenguaje (15).

3.1.4. Características principales:

Se pueden destacar tres: producción de errores inconsistentes tanto de consonantes como de vocales en sílabas o palabras, dificultades para formar transiciones articulatorias entre sonidos y sílabas y errores prosódicos (4). Es pertinente mencionar que el diagnóstico de este trastorno lo realiza un fonoaudiólogo, logopeda o terapeuta de lenguaje (5).

3.2. JERARQUÍA MOTORA DEL HABLA

En 1994, Hayden y Square desarrollaron la jerarquía motora del habla. Esta jerarquía se enfoca en el entrenamiento, uso de grados de autonomía y límites apropiados para los movimientos en el sistema general y los subsistemas del habla (mandibular, labial-facial, lingual) de manera jerárquica (16,17). La jerarquía se divide en siete etapas:

3.2.1. Etapa I. Tono corporal general para el control de movimiento

Se focaliza en el apoyo postural para el habla y destaca el logro del control del tronco, el cuello y la cabeza y la supresión de los reflejos orales-motores anormales.

3.2.2. Etapa II. Función soporte del habla, fonación y respiración

Se focaliza en el control fonatorio que respaldará el habla durante al menos 2 o 3 segundos.

3.2.3. Etapa III. Movimiento simple a movimiento combinado en un plan variable simple

Se focaliza en el control de los movimientos de la mandíbula necesarios en el habla. Se instaura el control sobre la graduación de la mandíbula empleando palabras apropiadas que contengan vocales y consonantes que requieran un uso constante de los grados de apertura de la mandíbula.

3.2.4. Etapa IV. Plano horizontal de movimiento adicionales

Mediante la manipulación física en el habla, se fomenta la simetría de movimiento en ambos lados de la cara y el movimiento coordinado de los labios superior e inferior; dichos movimientos se integran con el control de la mandíbula para desarrollar sinergias de movimiento más complejas entre los dos subsistemas.

3.2.5. Etapa V. Control secuencial de los movimientos orales y faciales

Se establece la acción anterior y posterior, el control de la altura, la ubicación y el área de contracción de la lengua; luego se integran con los movimientos mandibulares y labiales.

3.2.6. Etapa VI. Movimientos secuenciados en planos múltiples

Se centra en incrementar el control preciso de los parámetros de los articuladores supra laríngeos (labios, lengua, mandíbula) dentro de secuencias más largas de movimientos del habla.

3.2.7. Etapa VII. Prosodia/Rasgos suprasegmentales

Se enfatizan los aspectos temporales de la producción del habla, como los ritmos y la entonación apropiada, necesarios para un discurso fluido y natural.

3.3. COMPONENTES LINGÜÍSTICOS

Los componentes del lenguaje son cuatro: fonológico y morfosintáctico (forma), semántico (contenido) y pragmático (uso). Estos componentes contribuyen a dar orden y estructura al lenguaje oral o escrito, adicionalmente sirven para establecer relaciones tanto de forma como de significado dentro del discurso (16,17).

3.4. ABORDAJE TÁCTIL KINESTÉSICO-PROPIOCEPTIVO

Este abordaje implica el uso de señales táctil kinestésicas-propioceptivas (TKP) orofaciales, que tienen el propósito de guiar a la persona mediante aspectos temporales y espaciales de los movimientos del habla. Dichas señales están proyectadas a aumentar la información sensorial con relación al lugar de contacto articulatorio, extensión de la apertura mandibular, retracción labial, sonoridad, tensión muscular, sincronización de segmentos, forma de articulación y/o coarticulación (16).

3.5. ENFOQUE DE INTERVENCIÓN DE LA APRAXIA DEL HABLA INFANTIL MEDIANTE EL ABORDAJE TÁCTIL KINESTÉSICO-PROPIOCEPTIVO

Este enfoque terapéutico consiste en aprender un adecuado control y organización de los patrones de movimientos del habla mediante la retroalimentación sensorial propioceptiva. Las señales táctil kinestésicas-propioceptivas funcionan como un programador externo de los movimientos del habla, al mismo tiempo que integra estos movimientos con tareas cognitivas y sociales pertinentes (2).

A continuación, se presentan las consideraciones para el abordaje táctil kinestésico-propioceptivo en la AHI:

3.5.1. Conocimiento de los padres sobre AHI y su abordaje

Es importante que los padres de niños con AHI conozcan dicho trastorno y sepan cuál es el abordaje más adecuado, ya que estos factores influyen en las decisiones y acciones de los padres con respecto al tratamiento. Al conocer y entender la complejidad de este trastorno, los padres pueden determinar cuál es el enfoque terapéutico más adecuado, sin la necesidad de acudir a profesionales que no son expertos en el área (18,19).

3.5.2. Abordaje interdisciplinario:

Es un enfoque en el cual los profesionales trabajan en contacto regular y en forma colaborativa para establecer objetivos y planes del tratamiento de sus pacientes. Es importante la presencia de un alto nivel de cooperación y comunicación entre los integrantes del equipo. De esta manera, se presentan mayores niveles de satisfacción en los resultados de los equipos que estén involucrados en el tratamiento (20).

1. Terapia ocupacional:

Los servicios de terapia ocupacional abordan aspectos físicos, cognitivos, psicosociales, sensoriales-perceptivos y otros del desempeño de las personas en diversos contextos para favorecer su inclusión social y bienestar (21,22).

2. Modelo de integración sensorial:

Este Modelo fue diseñado por la Dra. Jeane Ayres, es utilizado por terapeutas ocupacionales para mejorar el procesamiento sensorial y trabajar con el desarrollo sensorio-motor, a fin de optimizar el desempeño del niño. La colaboración con padres, cuidadores y otros profesionales, es esencial para garantizar un enfoque integral (23,24).

3.5.3. Palabras objetivo:

La elección de palabras objetivo para el abordaje de la apraxia del habla infantil hace referencia a emplear léxicos funcionales de alta frecuencia. Cabe resaltar que, el ejercicio repetitivo e intensivo de las palabras objetivo es un aspecto clave y está destinado a promover la generalización de los patrones motores del habla a aspectos comunicativos y cotidianos (25,26).

IV. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Un estudio demostró que el uso de señales táctil kinestésicas-propioceptivas (TKP) se asocia con mejoras notables en el control motor, la articulación e inteligibilidad del habla. Dado que los tamaños del efecto para el control motor oro-facial indicaron un aumento del 6%; para un niño de 3 años con retraso motor del habla, este aumento

representaría que sus habilidades motoras asociadas al habla se aproximan al promedio de los niños con desarrollo típico para ese grupo de edad (27).

Además, Morgan, propuso que una alteración en la conectividad del tracto corticobulbar izquierdo puede ser un indicador neuronal de los trastornos del desarrollo del habla (28). En ese sentido, se demostró un aumento de anisotropía en los tractos corticobulbares izquierdos en un grupo de niños con AHI, luego de haber llevado tratamiento con señales táctil kinestésicas-propioceptivas. De esta manera, se evidenció un cambio favorable en las propiedades de los tractos explorados (29).

Otro dato a resaltar, es que la circunvolución supramarginal izquierda ejerce un papel clave en la integración sensoriomotora y en la producción del habla. Por otra parte, una circunvolución supramarginal izquierda más gruesa puede manifestar una patología sutil y si perdura durante toda la niñez puede denotar inmadurez o alteración del desarrollo (30).

Considerando lo anteriormente descrito, un estudio halló que un grupo de niños con AHI tenían circunvoluciones supramarginales izquierdas más gruesas (2,84 mm) que el grupo de controles. Por tal motivo, el grupo de casos asistió a sesiones de terapia enfocadas en el principio de aprendizaje sensorio-motor mediante señales TKP. Después de 8 semanas de terapia, los niños con AHI manifestaron un adelgazamiento (2,42 mm) de la circunvolución temporal superior posterior izquierda (31).

Adicionalmente, una encuesta realizada a 288 logopedas, reveló que el 96,4% de ellos involucraban a los padres en las intervenciones terapéuticas, mediante capacitaciones donde se les informaba acerca del diagnóstico y su abordaje. Del mismo modo, el 95,8% de los logopedas informó que la participación de los padres es esencial para que una intervención terapéutica tenga resultados positivos (32).

De igual manera, existe evidencia que revela que las disfunciones motoras finas en niños con AHI, sugieren la presencia de dificultades en el desarrollo que afectan las áreas de habilidades académicas, habilidades motoras e integración sensorial. Es

importante identificar estos déficits a una edad temprana y asistir a servicios de terapia ocupacional para garantizar un mejor pronóstico a largo plazo de la AHI (14,33) .

Asimismo, en una investigación, 4 niños con AHI entre 3 a 8 años asistieron a sesiones de terapia del habla y terapia ocupacional. Al finalizar con ambas terapias, 3 niños con 2 años de tratamiento y 1 niño con 6 meses de tratamiento, se obtuvieron cambios positivos en la precisión para la producción de las palabras objetivo que se mantuvieron o continuaron mejorando después del tratamiento (34).

Es importante que los movimientos del habla a trabajar, sean contextualmente apropiados para la edad con respecto al léxico utilizado para el tratamiento (2). Del mismo modo, es recomendable seleccionar palabras objetivo de alta frecuencia, ya que una vez aprendidas, el niño pueda usar esas palabras en diferentes contextos. Esto a su vez, permite a los terapeutas crear léxicos funcionales e individualizados para cada niño y que puedan practicarse en la cotidianidad (10,35).

Tomando en cuenta la evidencia descrita previamente, se identifican tres consideraciones para el abordaje táctil kinestésico-propioceptivo en un paciente con apraxia del habla infantil:

1. Aplicar un abordaje interdisciplinario en colaboración con el servicio de terapia ocupacional: Se sugiere asistir a sesiones de TO para obtener un mejor pronóstico de la AHI. Esto se debe a que muchos niños con AHI presentan dificultad para integrar toda la información sensorial que reciben, como consecuencia será complicado secuenciar y organizar las acciones motoras necesarias para emitir un habla con claridad y ritmo adecuado (12).
2. Conocimiento de los padres acerca de la apraxia del habla infantil y su abordaje: Es importante que los padres cuenten con un conocimiento sólido sobre la AHI y de esta manera consideren el enfoque terapéutico más adecuado para la rehabilitación de sus hijos (18).
3. La elección de un enfoque terapéutico que integre el uso de palabras objetivo: Es recomendable seleccionar palabras objetivo de alta frecuencia y apropiadas

para la edad del niño, ya que de esa manera podrá emplearlas en diferentes contextos (26).

V. DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA PROFESIONAL

a. LUGAR Y PERIODO EN DONDE SE DESARROLLÓ EL TSP

El presente TSP tuvo lugar en un centro privado de Lima, durante el periodo de agosto a diciembre del año 2023.

b. DESCRIPCIÓN DE LA EP Y ESTRATEGIAS APLICADAS

El presente caso describe las consideraciones para el abordaje táctil kinestésico-propioceptivo en un paciente con apraxia del habla infantil durante el periodo de agosto a diciembre 2023 en un centro privado de Lima.

Cuadro 1. Datos generales del paciente

Edad	3 años
Sexo	Masculino
Derivación	Neuropediatría
Diagnóstico fonoaudiológico	Apraxia del habla infantil
Motivo de consulta	Dificultades en la producción del habla
Frecuencia de sesiones	2 veces por semana durante 5 meses
Tiempo de sesión	45 min

Elaboración propia

Evaluación en comunicación, habla y lenguaje

Cuadro 2. Datos generales del paciente durante la evaluación

Edad	2 años 9 meses
Sexo	Masculino
Derivación	Neuropediatría
Diagnóstico de Neuropediatría	Retraso del desarrollo del lenguaje
Motivo de consulta	Dificultades en la producción del habla

Elaboración propia

Durante la evaluación en el servicio de terapia de lenguaje (TL) se evidenciaron dificultades en los componentes lingüísticos léxico-semántico, morfosintáctico y pragmático. No se pudo evaluar el componente fonético-fonológico debido a que el niño no tenía un adecuado repertorio léxico, solo decía dos palabras las cuales eran “mamá” y “allí” (Anexo 1).

Adicionalmente, también se observaron indicadores de dificultad para la regulación frente a transiciones y aceptación de los límites, mismos que repercuten en la interacción social y dinámicas comunicativas; búsqueda de movimiento constante y dificultad para la planificación dentro del juego. Por lo descrito anteriormente se planteó una intervención en base a la mejora de la comunicación y se derivó a Terapia ocupacional.

1. ESTRATEGIAS APLICADAS

La estrategia consistió en aplicar un abordaje táctil kinestésico-propioceptivo que tome en cuenta tres consideraciones esenciales basadas evidencia científica. Este abordaje se estructuró en 5 fases.

Fase 1: Intervención en la comunicación y derivación a terapia ocupacional

En esta fase, se le informó a la mamá del paciente que la intervención inicial se centraría en fomentar las habilidades comunicativas de su menor hijo, y así estimular la producción del habla. Adicionalmente, se derivó a Terapia ocupacional para dar inicio al tratamiento en base a un abordaje interdisciplinario (12,14). Cabe señalar que, se mantuvo una conversación continua con la madre acerca de los avances de su menor hijo (33).

Conforme avanzaban las sesiones tanto de TL como de TO se pudo observar que el niño mejoró en cuanto a la comunicación y empezó a emitir más palabras, sin embargo, las emisiones de estas palabras no eran claras.

Fase 2: Planificación y replanteamiento de objetivos en base a los avances

En la parte inicial de esta fase, se pudo observar la evolución favorable que tuvo el niño en cuanto a la intención y habilidades comunicativas que se trabajaron durante la primera fase. Conforme avanzaban las sesiones, el niño cumplió 3 años y empezó a emitir palabras. No obstante, era notorio que la mayoría de estas no eran claras, teniendo errores en la producción de consonantes.

Adicionalmente, otro aspecto importante a señalar es que el niño solo decía vocales. Debido a estas características en la producción del habla y la edad del niño, se realizó la reevaluación y se diagnosticó apraxia del habla infantil (AHI) (7).

Por lo expuesto anteriormente, esta fase implicó el replanteamiento de objetivos. Es así que se optó por aplicar un enfoque terapéutico que se centre en el abordaje del habla. El enfoque que se empleó fue el uso de señales táctil kinestésicas-propioceptivas (TKP) (11,26).

La planificación del tratamiento incluyó los siguientes objetivos:

- Reforzar la emisión de las palabras objetivo mediante el uso de las señales TKP y la imitación verbal
- Reforzar la emisión de las palabras objetivo dentro del juego mediante el uso de las señales TKP
- Motivar el uso de las palabras objetivo según contexto con el apoyo de la terapeuta
- Introducir las palabras objetivo dentro del contexto cotidiano sin el apoyo de la terapeuta

Fase 3: Asesoramiento a la madre

Luego del replanteamiento de los objetivos, se le brindó a la madre del paciente información acerca de la apraxia del habla infantil y cuál es el abordaje más adecuado (32). Se le explicó lo siguiente:

- Las dificultades que implica este trastorno en el habla, en qué consiste y sus principales características.
- En qué consiste el plan de tratamiento.
- El replanteamiento de los objetivos.
- La frecuencia de sesiones recomendadas.
- La constancia y compromiso que la familia debe tener con el tratamiento.
- El propósito de generalizar el uso de las palabras objetivo en diversos contextos dentro de la cotidianidad.
- La importancia de seguir considerando un abordaje interdisciplinario en conjunto con el servicio de terapia ocupacional.

Fase 4: Elección de las palabras objetivo

Esta fase implicó elaborar una lista con 10 palabras funcionales de alta frecuencia, denominadas como palabras objetivo. El ejercicio repetitivo e intensivo de estas palabras es un aspecto importante que promueve la generalización de los patrones

motores del habla a aspectos comunicativos cotidianos (2,34). Esta lista incluyó las siguientes palabras: dame, ven, vamos, ayuda, abre, más, miss, toma, otro, terminó.

Cabe señalar que, inicialmente se usaron 3 palabras de la lista. Asimismo, las otras palabras se fueron agregando en la intervención progresivamente.

Fase 5: Intervención empleando las palabras objetivo

Esta fase implicó la implementación del plan de tratamiento propuesto (10). A continuación, se detalla la intervención:

Cuadro 3. Intervención

Palabras Objetivo	Abordaje	Actividades
“más”	Apoyo táctil kinestésico-propioceptivo	Emisión de la palabra objetivo “más” cuando quería más elementos como el arroz, los carros, las galletas y bloques.
“dame”		Emisión de la palabra objetivo “dame” cuando requería algún un juguete como los carros, lavadero portátil y rompecabezas de Baby Shark.
“ven”		Emisión de la palabra objetivo “ven” cuando requería la cercanía del interlocutor (terapeuta, mamá o abuelo), o de un juguete animado como los animales o los superhéroes.
“abre”		Emisión de la palabra objetivo “abre” cuando requería la ayuda de la terapeuta para abrir algún juguete como la granja, la casita, el táper con arroz. Del mismo modo, cuando finalizaba la sesión y se tenía que abrir la puerta del ambiente.
“miss”		Emisión de la palabra objetivo “miss” cuando requería la atención de la terapeuta.
“otro”		Emisión de la palabra objetivo “otro” cuando requería otro elemento como, los juguetes, los plumones; o quería cambiar la actividad de juego.

“vamos”		Emisión de la palabra objetivo “vamos” cuando requería que el interlocutor lo acompañe hacia algún lugar, por ejemplo, cuando quería ir a casa con su mamá una vez que finalizaba la sesión.
“ayuda”		Emisión de la palabra objetivo “ayuda” cuando requería ayuda por parte de la terapeuta, por ejemplo, cuando quería salir de la piscina de pelotas.
“toma”		Emisión de la palabra objetivo “toma” cuando quería darle un objeto al interlocutor (terapeuta, mamá o abuelo), como los alimentos de juguete.
“terminó”		Emisión de la palabra objetivo “terminó” cuando finalizaba una actividad. Por ejemplo, cuando jugaba a preparar galletas y tenía que sacarlas del horno una vez que estaban listas; cada vez que sonaba la alarma indicando que la sesión finalizaba.

Elaboración propia.

Después de una práctica constante y con el apoyo TKP, el paciente logró emitir adecuadamente las palabras objetivo y familiarizarse con ellas. Luego, se motivó el uso de las palabras objetivo, según el contexto ante una solicitud, hasta lograr emisiones espontáneas.

Por ejemplo, se motivó el uso espontáneo de la palabra “dame” cada vez que requería algún un elemento como juguetes o alimentos. Cabe resaltar que, cuando la palabra se emitía adecuadamente se le daba el elemento deseado y cuando presentaba errores se recurría nuevamente al apoyo táctil kinestésico- propioceptivo.

c. PRINCIPALES RETOS Y DESAFÍOS

Se evidenciaron las siguientes problemáticas:

- El poco conocimiento que presentaba la madre del paciente acerca de la AHI y cuál es el enfoque terapéutico más adecuado para su abordaje. Esto se evidencia

en un estudio donde el 85,9% de 189 padres nunca habían sido informados acerca de trastornos del habla, del lenguaje y de las terapias que brindan sus tratamientos. Los resultados muestran niveles de conocimiento limitados por parte de los padres acerca de trastornos del habla (13).

- La omisión de un abordaje interdisciplinario que incluya al área de Terapia Ocupacional dentro del tratamiento de la AHI. Relacionado a lo anterior, LaFrance et al, expone en un estudio que no siempre es fácil lograr un trabajo colaborador entre profesionales de la salud. Debido a ello, los pacientes reciben servicios de especialistas que no se comunican ni coordinan eficazmente los tratamientos entre diferentes profesiones (36).
- La elección de enfoques terapéuticos que no brindan un abordaje apropiado mediante el uso de palabras objetivo. Esto se evidencia a través de un estudio que comparó dos enfoques terapéuticos en niños con AHI. En un grupo, se aplicó un enfoque lingüístico y articulatorio, donde se seleccionaron fonemas en base a criterios de adquisición fonética por parte de niños con un desarrollo típico, no tomaron en cuenta criterios motores (29).

Por otra parte, en el otro grupo se aplicó un enfoque centrado en el control motor del habla por medio de señales táctil kinestésicas-propioceptivas. Para cada niño, se seleccionó una lista de palabras objetivo, las cuales se producían en un contexto comunicativo dentro del juego. Los resultados no demostraron cambios en el primer grupo, mientras que en el segundo grupo se encontraron mejoras significativas en el habla (29).

d. PRINCIPALEZA HALLAZGOS

Los resultados obtenidos después de la intervención terapéutica implicaron una adecuada emisión de las palabras objetivo dentro del contexto cotidiano sin el apoyo de la terapeuta. De esta manera, el niño logró producir adecuadamente las palabras “más”, “dame”, “ven”, “abre”, “miss”, “otro”, “vamos”, “ayuda”, “toma”, “terminó” (Anexo 2).

VI. COMPETENCIAS PROFESIONALES UTILIZADAS

En el siguiente cuadro se justifican los cursos y las competencias profesionales aprendidas en pregrado relacionadas al trabajo de suficiencia profesional.

Cuadro 4. Cursos y competencias en el TSP

Curso	Competencias y aptitudes adquiridas	Justificación
Patología del habla y lenguaje	Conocer patologías del lenguaje y habla, así como aplicar pruebas generales o específicas para determinar el diagnóstico de las alteraciones del habla y lenguaje, y valorar la gravedad de la patología.	Estas competencias nos permitieron conocer los trastornos del habla asociados y no asociados a alteraciones estructurales y del Sistema Nervioso Central. En nuestra experiencia profesional, específicamente a la Apraxia del habla infantil.
Rehabilitación del habla en niños	Elaborar y aplicar un plan terapéutico para la rehabilitación de patologías que afectan el habla en niños considerando los objetivos, métodos, enfoques y actividades específicas de acuerdo al caso.	Este curso nos permitió identificar los 4 objetivos y las actividades más apropiadas para la rehabilitación del trastorno que afectaba el habla del paciente.
Anatomía del aparato Fonoarticulador y de la audición	Reconocer las funciones del aparato fono articulador y auditivo. Así como, identificar y analizar evaluaciones que determinan la funcionalidad del aparato fonoarticulador y auditivo.	Estas competencias nos permitieron conocer los órganos fono articuladores y la función de cada uno de ellos. En el caso de nuestra intervención conocer estos órganos es fundamental para aplicar las señales Táctil kinestésicas-propioceptivas.

Sistema Estomatognático	Analizar e integrar las funciones del sistema músculo esquelético oro faríngeo relacionados con el desarrollo normal del habla y alteraciones del complejo oro facial, así como el estudio de métodos para su evaluación y rehabilitación.	Estas competencias nos permitieron conocer las funciones a nivel músculo esquelético en el Sistema Estomatognático, lo cual es importante para aplicar las señales Táctil kinestésicas-propioceptivas.
Metodología de la Investigación	Desarrollar contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales acerca del proceso de investigación científica.	Este curso nos permitió reconocer y utilizar bases de datos para la búsqueda bibliográfica, así como el uso de los términos Mesh para una búsqueda más precisa.

Elaboración propia

VII. APORTES A LA CARRERA

Dentro de la experiencia profesional, se pudo observar la necesidad de abordar los problemas presentados dentro de los cursos de pregrado. Por ello, se considera importante denotar las siguientes sugerencias:

Cuadro 5. Aportes del TSP a la carrera

Cursos	Aportes y cambios que se sugieren al curso
Rehabilitación del habla en niños	Se considera que es necesario la presentación de diversos casos clínicos, así como los enfoques terapéuticos más ideales para cada caso según evidencia científica. Esto implicaría que, desde el pregrado, los estudiantes ya conozcan los enfoques terapéuticos y métodos de intervención más apropiados y actuales; de esta manera, podrán rehabilitar cada patología determinada aplicando un enfoque terapéutico adecuado. Adicionalmente, se sugieren que los docentes pongan más énfasis en la enseñanza de elaboración de planes de tratamiento, según la patología determinada (37).

Modificación de Conducta	Se recomiendan aumentar la cantidad de horas académicas para la parte práctica y, de esa manera, obtener más estrategias para poder manejar episodios donde se presenten conductas disruptivas por parte de los pacientes. Del mismo modo, se sugieren incluir prácticas clínicas presenciales que brinden al estudiante una experiencia más vivencial.
Metodología de la Investigación	Se proponen incluir más estrategias para la redacción de documentos de investigación, ya sea, un Trabajo de suficiencia profesional, una tesis, un artículo científico, etc. Esto permitiría ampliar los conocimientos y tener una mejor noción acerca de cómo estructurar y redactar documentos basados en evidencia científica (38).

Elaboración propia

VIII. CONCLUSIONES

Las consideraciones para un abordaje táctil kinestésico-propioceptivo en un niño con apraxia del habla infantil son la aplicación de un abordaje interdisciplinario en colaboración con la terapia ocupacional y el conocimiento de los padres acerca de la AHI y su abordaje. Además, la elección de un enfoque terapéutico que integre el uso de palabras objetivo. Dichas consideraciones permitieron que el paciente obtuviera resultados positivos como la adecuada emisión de las palabras objetivo y el uso de las mismas dentro del contexto cotidiano sin el apoyo de la terapeuta.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Grohnfeldt M. Kompendium der akademischen Sprachtherapie und Logopädie: Band 3: Sprachentwicklungsstörungen, Redeflussstörungen, Rhinophonien [Internet]. Kohlhammer Verlag; 2017. 295 p. Disponible en: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=LnYiEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA86&dq=Rolle+der+Eltern+bei+kindlicher+Sprachapraxie&ots=7THRXqh8aM&sig=Q5Ge2hHxogjpuUK4IiXHHTHWxMY#v=onepage&q=Rolle%20der%20Eltern%20bei%20kindlicher%20Sprachapraxie&f=false>
2. Dale PS, Hayden DA. Treating speech subsystems in childhood apraxia of speech with tactual input: the PROMPT approach. *Am J Speech Lang Pathol*. noviembre de 2013;22(4):644-61.
3. Tuesta N. TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA EN NIÑOS DE 3 AÑOS DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA ESTATAL [Internet]. 2021 [citado 27 de abril de 2024]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/5210/UNFV_TUESTA_LLANOS_NOEMI_KIARA_TITULOL_LICENCIADO_2021.pdf?sequence=3&isAllowed=y
4. Grigos MI, Moss A, Lu Y. Oral Articulatory Control in Childhood Apraxia of Speech. *J Speech Lang Hear Res JSLHR*. agosto de 2015;58(4):1103-18.
5. Olivares CG, Ríos FV, Alarcón C, Dreyse F, Gallardo MN. Pauta de pesquisa para Apraxia del Habla Infantil en hispanohablantes: Traducción y validación cultural: Traducción y Validación Cultural. *Int J Med Surg Sci*. 13 de noviembre de 2020;7(3):1-16.
6. Souza TNU, Payão M da C, Costa RCC. Childhood speech apraxia in focus: theoretical perspectives and present tendencies. *Pró-Fono Rev Atualização Científica*. marzo de 2009;21:75-80.
7. Morgan AT, Murray E, Liégeois FJ. Interventions for childhood apraxia of speech. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2018 [citado 26 de abril de 2024];(5). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006278.pub3/full/es>
8. Kadis DS, Goshulak D, Namasivayam A, Pukonen M, Kroll R, De Nil LF, et al. Cortical Thickness in Children Receiving Intensive Therapy for Idiopathic Apraxia of Speech. *Brain Topogr*. 1 de marzo de 2014;27(2):240-7.

9. Hayden D. The Prompt System of Therapy: Theoretical Framework and Applications for Developmental Apraxia of Speech. *Semin Speech Lang.* mayo de 1984;5(2):139-56.
10. Maas E, Gildersleeve-Neumann C, Jakielski KJ, Stoeckel R. Motor-based intervention protocols in treatment of childhood apraxia of speech (CAS). *Curr Dev Disord Rep.* septiembre de 2014;1(3):197-206.
11. Lewis T. Intervention Approaches for Childhood Apraxia of Speech: An Overview of Prevailing Treatment Methods [Internet]. 2022 [citado 9 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2441&context=honorstheses>
12. Friedman ZL, Nealon K. Siloed vs. Interprofessional approach: Speech language pathologists' and occupational therapists' perspectives on comorbidity of childhood apraxia of speech and sensory processing disorder. *J Interprofessional Educ Pract.* 1 de junio de 2023;31:100611.
13. Uysal AA. The Views and Knowledge of Parents of Children with Speech/Language Disorders on Speech and Language Therapy in Turkey. *Examines Phys Med Rehabil* [Internet]. 9 de enero de 2019 [citado 20 de mayo de 2024];2(2). Disponible en: <https://crimsonpublishers.com/epmr/fulltext/EPMR.000533.php>
14. Newmeyer AJ, Aylward C, Akers R, Ishikawa K, Grether S, deGrauw T, et al. Results of the Sensory Profile in children with suspected childhood apraxia of speech. *Phys Occup Ther Pediatr.* 2009;29(2):203-18.
15. Santos TRD. Elaboração de um checklist para identificação de sinais de apraxia de fala na infância [Internet] [Mestrado em Fonoaudiologia]. [Bauru]: Universidade de São Paulo; 2019 [citado 8 de julio de 2024]. Disponible en: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25143/tde-27082019-175301/>
16. Bose A, Square PA. PROMPT Treatment Method and Apraxia of Speech. *Perspect Neurophysiol Neurogenic Speech Lang Disord.* diciembre de 2001;11(4):5-8.
17. Hayden D. THE PROMPT SYSTEM Hierarchy of therapeutic intervention. A Systems Approach [Internet]. 1994 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: [https://cdn.ymaws.com/promptinstitute.com/resource/resmgr/files/pre-workshop_readings/el_sistema_prompt_12-30_\(1\).pdf](https://cdn.ymaws.com/promptinstitute.com/resource/resmgr/files/pre-workshop_readings/el_sistema_prompt_12-30_(1).pdf)
18. Miron C. A controversial disability and its impact on parents: Understanding the adaptation process of parents of children diagnosed with developmental apraxia of speech - ProQuest [Internet]. 2007 [citado 11 de mayo de 2024]. Disponible en:

<https://www.proquest.com/openview/eefc4b9e762e9de3bdcfe586034dd803/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>

19. Lim J, McCabe P, Purcell A. Challenges in training parents to deliver a home treatment program for childhood apraxia of speech in a rural Canadian community. *Rural Remote Health*. 2020;20(2):59-68.
20. Muñiz CM. El abordaje interdisciplinario de la salud mental. 2014 [citado 10 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/13445/1/abordaje-interdisciplinario-salud-mental.pdf>
21. American Occupational Therapy Association. Standards of Practice for Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 24 de diciembre de 2021;75(Supplement_3):7513410030.
22. Morrison R. La Terapia Ocupacional. Una interpretación desde Eleanor Clarke Slagle. *SciELO*. 2021;21:103-26.
23. Barbarán C. Occupational therapy and sensory integration: Basis for effective and quality practice. *Rev Hered Rehab*. 2023;1:69-70.
24. Del Moral G, Pastor M, Sanz P. MARCO TEÓRICO DE INTEGRACIÓN SENSORIAL. . May [Internet]. 2013 [citado 20 de mayo de 2024];10(17). Disponible en: <https://www.revistatog.com/num17/pdfs/historia2.pdf>
25. Tamarit EB. Apraxia del habla: Presentación de un caso clínico. [citado 11 de mayo de 2024];1. Disponible en: [https://www.uv.es/perla/1\[01\].BlascoTamarit.pdf](https://www.uv.es/perla/1[01].BlascoTamarit.pdf)
26. Rocamora BG. Tratamientos para apraxia del habla infantil(CAS) y su eficacia. 2019 [citado 11 de mayo de 2024]; Disponible en: https://siidon.guttmann.com/files/11.-_tfm_fabiola_brito.pdf
27. Namasivayam AK, Huynh A, Granata F, Law V, van Lieshout P. PROMPT intervention for children with severe speech motor delay: a randomized control trial. *Pediatr Res*. febrero de 2021;89(3):613-21.
28. Morgan AT, Webster R. Aetiology of childhood apraxia of speech: A clinical practice update for paediatricians. *J Paediatr Child Health*. octubre de 2018;54(10):1090-5.
29. Fiori S, Pannek K, Podda I, Cipriani P, Lorenzoni V, Franchi B, et al. Neural Changes Induced by a Speech Motor Treatment in Childhood Apraxia of Speech: A Case Series. *J Child Neurol*. 1 de octubre de 2021;36(11):958-67.

30. Shaw P, Kabani NJ, Lerch JP, Eckstrand K, Lenroot R, Gogtay N, et al. Neurodevelopmental Trajectories of the Human Cerebral Cortex. *J Neurosci*. 2 de abril de 2008;28(14):3586-94.
31. Kadis DS, Goshulak D, Namasivayam A, Pukonen M, Kroll R, De Nil LF, et al. Cortical Thickness in Children Receiving Intensive Therapy for Idiopathic Apraxia of Speech. *Brain Topogr*. 1 de marzo de 2014;27(2):240-7.
32. Sugden E, Baker E, Munro N. An Australian survey of parent involvement in intervention for childhood speech disorders. 2018 [citado 24 de mayo de 2024];20(7). Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17549507.2017.1356936>
33. Ilic-Savic I, Petrovic-Lazic M, Resimic R. Sensory integration and its significance for functioning and development of children's speech. *Med Pregl*. 2021;74(5-6):205-10.
34. Leonhartsberger S, Huber E, Brandstotter G, Stoeckel R, Baas B, Weber C, et al. Efficacy of treatment intensity in German-speaking children with childhood apraxia of speech. 2021 [citado 25 de mayo de 2024];38(1). Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/02656590211035156>
35. Hayden D, Namasivayam AK, Ward R. The assessment of fidelity in a motor speech-treatment approach. *Speech Lang Hear*. marzo de 2015;18(1):30-8.
36. LaFrance DL, Weiss MJ, Kazemi E, Gerenser J, Dobres J. Multidisciplinary Teaming: Enhancing Collaboration through Increased Understanding. *Behav Anal Pract*. 26 de marzo de 2019;12(3):709-26.
37. Quigley D, Loftus L, McGuire A, O'Grady K. An optimal environment for placement learning: listening to the voices of speech and language therapy students. *Int J Lang Commun Disord*. 2020;55(4):506-19.
38. Serrano Guzmán MF, Pérez Ruiz DD, Solarte Vanegas NC, Torrado Gómez LM. La redacción científica: herramienta para el estudiante de pregrado. *Cienc Docencia Tecnol*. junio de 2018;(56):208-23.

X. ANEXOS

ANEXO 1. Resultados de los componentes lingüísticos

Léxico-semántico	Morfosintáctico	Pragmático
A nivel comprensivo el niño logró comprender vocabulario sobre algunas acciones familiares para él, sin embargo, presentó un bajo nivel de seguimiento a la instrucción, esto dificultó precisar si reconoce un mayor vocabulario. A nivel expresivo, logra producir un vocabulario con baja emisión espontánea (mamá, allí) y ciertos balbuceos.	Sigue órdenes aisladas (órdenes de 1 paso) mientras que a nivel expresivo produce palabras de máximo 2 sílabas, pero aún no frases. Se lograron interacciones y respuesta a indicaciones con apoyo de la madre tales como “dame”, “guarda”, “pon”.	Este componente se encuentra notoriamente afectado ya que, no mantiene una intención de comunicar y al intentarlo, esta aún no es suficiente para darse a entender.

Elaboración propia

ANEXO 2. Resultados después de la intervención

Antes de la Intervención	Después de la Intervención
El niño emitía la vocal “a” para referirse a la palabra “más”	Logró emitir la palabra “más”
El niño emitía en secuencia vocálica “a-e” para referirse a la palabra “dame”	Logró emitir la palabra “dame”
El niño emitía en secuencia vocálica “en” o “e” para referirse a la palabra “ven”	Logró emitir la palabra “ven”
El niño emitía en secuencia vocálica “a-e” para referirse a la palabra “abre”	Realizó una aproximación de la palabra “abre” logrando emitir “abe”
El niño emitía la sílaba “ni” para referirse a la palabra “miss”	Logró emitir la palabra “miss”
El niño emitía en secuencia vocálica “o-o” para referirse a la palabra “otro”	Realizó una aproximación de la palabra “otro” logrando emitir “oto”
El niño emitía la palabra “amo” para referirse a la palabra “vamos”	Logró emitir la palabra “vamos”
El niño emitía en secuencia vocálica “a-u-a” para referirse a la palabra “ayuda”	Logró emitir la palabra “ayuda”
El niño emitía las sílabas “to-a” para referirse a la palabra “toma”	Logró emitir la palabra “toma”
El niño emitía las sílabas “e-mi-ó” para referirse a la palabra “terminó”	Realizó una aproximación de la palabra “terminó” logrando emitir “teminó”

Elaboración propia

ANEXO 3

**Carta de autorización del Centro PLAY TEAM-Terapias
Integrales para llevar a cabo el trabajo de suficiencia
profesional**

Lima, 15 de junio 2024

Bachilleres

Nataly Milagros Barraza Cárdenas y Alexia Silvana Jimenez Goñas

Egresadas de la Escuela de Tecnología Médica

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Presente.-

**Autorización del trabajo de suficiencia profesional titulado
“Consideraciones para el abordaje táctil kinestésico
propioceptivo en un paciente de 3 años con apraxia del habla
infantil en un centro de lima-2023”**

Estimadas Nataly Milagros Barraza Cárdenas y Alexia Silvana Jimenez Goñas:

Por medio de la presente, tengo el agrado de dirigirme a ustedes para saludarlas cordialmente y a la vez informar, como directora del Centro PLAY TEAM- Terapias Integrales, que se ha autorizado la ejecución del trabajo de suficiencia profesional titulado “Consideraciones para el abordaje táctil kinestésico propioceptivo en un paciente de 3 años con apraxia del habla infantil en un centro de lima-2023”, el cual se desarrolló desde agosto hasta diciembre del 2023.

Sin otro particular me despido de usted.

Atentamente,



Lic. Joanna Elena Villanueva Vivas

Directora del Centro PLAY TEAM- Terapias Integrales