

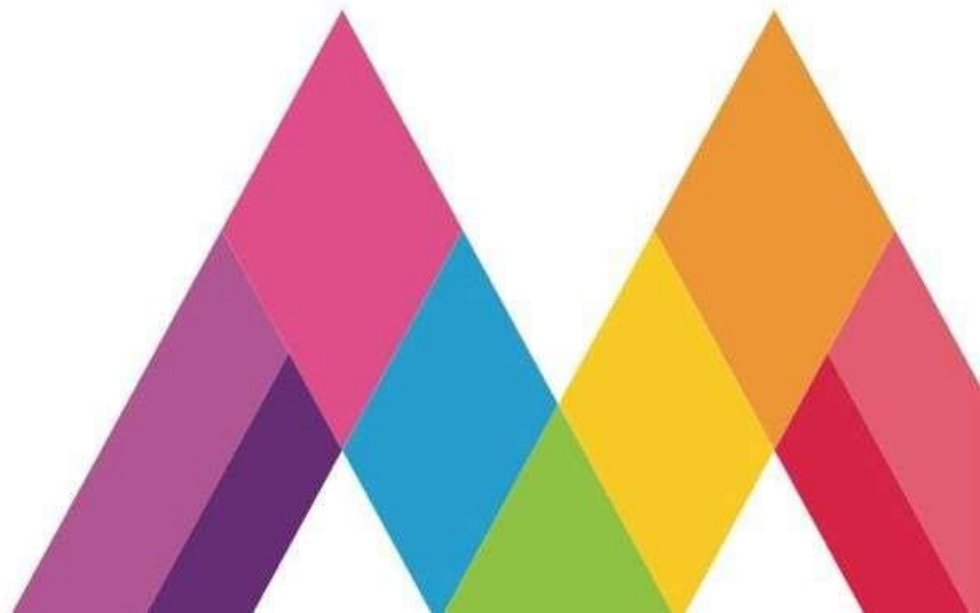
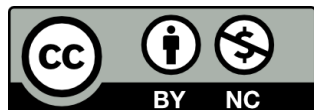


EDOMÉX
DECISIONES FIRMES, RESULTADOS FUERTES.



Afasia: un problema para el aprendizaje

Autor(a): Rubí Monserrat Franco Martínez
Escuela Primaria “José Ma. Morelos y Pavón” 15EPR1563L
Timilpan, México
11 de agosto de 2018



ÍNDICE

Pág.

AFASIA: UN PROBLEMA PARA EL APRENDIZAJE

1. Introducción.....	3
2. Justificación.....	4
3. Fundamentación Teórica.....	5
4. Objetivos.....	27
5. Metodología de trabajo	28
6. Cronograma.....	30
7. Propuesta de actividades	31
8. Evaluación.....	32
9. Coste.....	34
10. Conclusión.....	35
11. Referencias.....	37

INTRODUCCIÓN

¿LA AFASIA ES UN PROBLEMA PARA EL APRENDIZAJE?

Ramírez (2006) señala que el planteamiento del problema es “ajustar y estructurar formalmente la idea de la investigación” (p.52).

La educación es un parte fundamental para el desarrollo físico, cognitivo, social y emocional de los niños, durante su desarrollo se llegan a presentar diferentes dificultades, problemas o barreras que impiden que los niños se desenvuelvan plenamente limitando sus habilidades, capacidades, destrezas y aprendizajes.

La afasia es definida como una alteración de la capacidad de uso del lenguaje, que se presenta como secuela de un daño cerebral sufrido luego del desarrollo de las habilidades lingüísticas básicas.

La afasia es un problema muy común dentro del aula regular debido a la falta de estimulación desde el seno materno y la estimulación temprana, cuando se ingresa a la primaria es necesario desarrollar habilidades comunicativas que permitan a los niños un mejor desenvolvimiento social y que este no repercuta en otras áreas. Por ello es de suma importancia realizar estrategias que permitan favorecer las limitaciones que presentan los alumnos en el área del lenguaje y se puedan desenvolver plenamente dentro del aula.

Dentro de los problemas de lenguaje en niños un número importante de los mismos se relaciona con lesiones neurológicas en el sistema nervioso central. La parálisis cerebral es una de las lesiones más frecuentes. En muchas ocasiones la alteración neurológica va acompañada de hipoacusias de transmisión, hipoacusias neurosensoriales, retraso del lenguaje y problemas disártricos en el habla y la voz. Además, algunos de estos casos presentan dificultades en la atención, lentitud en el procesamiento de la información, así como diferente capacidad de ejecución dependiendo de factores neurológicos y ambientales. Este trabajo incide en los aspectos a tener en cuenta con relación a la observación, evaluación y tratamiento de estos alumnos.

JUSTIFICACIÓN

Hernández (2014) señala que “Explicar porque es conveniente llevar a cabo la investigación y cuáles son los beneficios que se derivaran de ella.” Sampieri (2003, p.45).

Este estudio es importante porque se investigará una alteración del lenguaje que afecta a los alumnos con afasia de broca y ayudará a su mejor comprensión, ya que el lenguaje es vital en la comunicación y en las relaciones que establecen las personas con el medio social.

Por otro lado las estrategias contribuirán a que los alumnos tengan un mejor desempeño atendiendo forma más específica el problema que presentan, por lo que al tratarse de niños de primaria que en su mayoría son parte fundamental de la educación para mejorar su calidad de vida.

Por último este estudio abrirá nuevas oportunidades para que los niños se desenvuelvan exitosamente, eliminando las barreras, limitaciones y problemas que lleguen a presentar en el área de aprendizaje y motriz, que dificultan su desempeño académico, y por ser la primaria la base para los grados posteriores en fundamental que los niños adquieran correctamente sus habilidades y destrezas.

El lenguaje es una función cerebral superior compleja que es causada por la interacción entre factores biológicos del cerebro (información genética) y el medio social del entorno (Castaño, 2003), depende del trabajo concertado de todo un grupo de zonas corticales y estructuras subcorticales, cada una de las cuales aporta su propia función al resultado final.

Es considerado también como una herramienta vital y fundamental para la actividad intelectual, para la comunicación de la información y, a la vez, un método regular u organizar los procesos mentales humanos (Vigotski, 1977).

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

AFASIA: UN PROBLEMA PARA EL APRENDIZAJE

RESUMEN

Dentro de los problemas de lenguaje en niños un número importante de los mismos se relaciona con lesiones neurológicas en el sistema nervioso central. La parálisis cerebral es una de las lesiones más frecuentes. En muchas ocasiones la alteración neurológica va acompañada de hipoacusias de transmisión, hipoacusias neurosensoriales, retraso del lenguaje y problemas disártricos en el habla y la voz. Además, algunos de estos casos presentan dificultades en la atención, lentitud en el procesamiento de la información, así como diferente capacidad de ejecución dependiendo de factores neurológicos y ambientales. Este trabajo incide en los aspectos a tener en cuenta con relación a la observación, evaluación y tratamiento de estos pacientes.

PALABRAS CLAVE: audición, cognitivo, infancia, lenguaje, neuropsicología, parálisis cerebral.

APHASIA: A PROBLEM FOR LEARNING

ABSTRACT

Among the language problems in children, a significant number of them is related to neurological injuries in the central nervous system. Development. Cerebral palsy is one of the most frequent injuries. In many cases, the neurological alteration is accompanied by hearing loss, transmission, sensorineural hearing loss, language delay and speech and voice dyspartic problems. In addition, some of these cases present difficulties in attention, slowness in the processing of information, as well as different execution capacity depending on neurological and environmental factors. This work affects the aspects to be taken into account in relation to the observation, evaluation and treatment of these patients.

Key words: hearing, cognitive, childhood, language, neuropsychology, cerebral palsy.

LENGUAJE Y CEREBRO

El lenguaje es una función cerebral superior muy compleja que emerge de la interacción entre el desarrollo biológico del cerebro (información genética) y el medio social donde se adquiere cada lengua (medio externo cultural y tipos de lenguajes). La organización humana del lenguaje en el cerebro se conceptualiza mejor como una disposición en múltiples áreas interrelacionadas que trabajan de forma cooperativa finamente coordinada para la emisión, comprensión e integración de mensajes lingüísticos. Distribución neuroanatómica del lenguaje (Modelos clásicos). Los modelos clásicos del habla de Wernicke y Lichtheim (1881-1885), utilizaban un esquema conexionista por el cual las áreas auditivas proyectaban a los centros que procesaban la salida motora del habla y a los centros que contenían las imágenes visuales y conceptuales de las palabras.

Las áreas esenciales en el procesamiento del lenguaje son:

- El área de Wernicke, situada en la región posterior del lóbulo temporal izquierdo y que descodifica la información auditiva del lenguaje.
- El área de Broca, situada en la región postero-inferior del lóbulo frontal izquierdo y que está conectada con el córtex motor primario de los músculos oro-laringo-faríngeos y que codifica los patrones de inervación articulatorios del habla. En el lenguaje escrito (lectura), la información se procesa a nivel occipital (percepción de los símbolos gráficos) y en relación o no con la percepción auditiva, a nivel de la circunvolución angular (lóbulo parietal inferior izquierdo).

Modelos de procesado distribuido en paralelo (Modelos PDP)

Actualmente se acepta el modelo de redes neuronales extensas inter-lobares e inter-hemisféricas con nodos interconectados a nivel cortical y subcortical que se activan mediante un "procesado distribuido en paralelo". Los nodos (o áreas) corticales mayores para el lenguaje se sitúan en el área de Broca (áreas 44 y 45 de Brodman) y en el área de Wernicke (parte posterior del área 22 y partes de las áreas 39 y 40) del hemisferio izquierdo. Estos dos nodos están interconectados

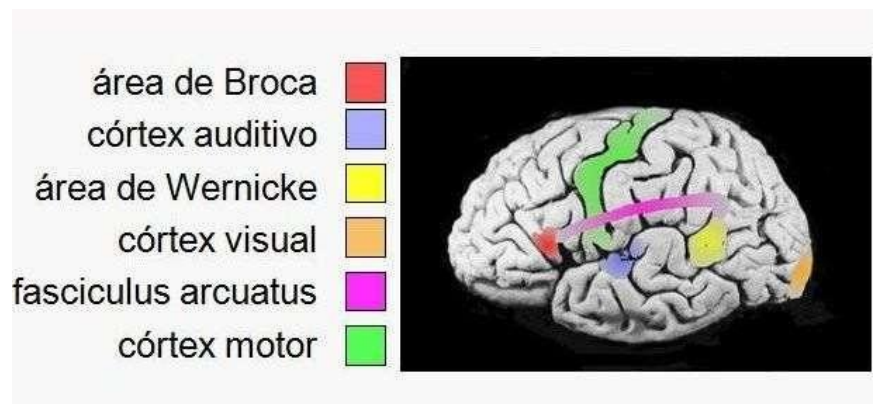
con otras áreas perisilvianas corticales y con regiones específicas del tálamo y del estriado. La lesión de los componentes de estas redes origina distintos síntomas afásicos que reflejan la especialización del locus lesional primario.

Modelos funcionales "in vivo" de procesamiento del lenguaje

Los avances en los últimos 20 años en las técnicas de neuroimagen cerebral (técnicas de flujo cerebral con isótopos, tomografía axial computarizada, tomografía de emisión de positrones, y resonancia magnética funcional) han permitido por primera vez explorar cómo es la organización funcional del lenguaje en el cerebro normal "in vivo".

Se ha comprobado en tareas de lenguaje muy simples activan extensas áreas cortico-subcorticales del cerebro, casi siempre de modo bilateral.

La especialización funcional hemisférica del lenguaje es asimétrica y se asienta en el hemisferio izquierdo. Los sonidos, mensajes y en definitiva, todo lo relacionado con el lenguaje van a parar a las áreas 41 y 42 de Brodman del hemisferio izquierdo. Cuando alguna de las zonas dedicadas al lenguaje sufre un daño, esto provoca una afasia. Pero no todas las áreas tienen la misma finalidad y por tanto los daños son muy dispares en función de la situación de la lesión. De forma general podemos distinguir unas zonas principales inmersas en la realización del lenguaje:



1. Área de Broca centro de expresión del lenguaje y área de Wernicke centro de recepción del lenguaje.

Área de Broca: Esta región está implicada principalmente en la planificación y programación.

Fonológica: contiene los patrones motores del habla y desde aquí se proyectan las órdenes a la Corteza premotora adyacente, a la corteza motora y a los músculos del mecanismo bucofonatorio. Esta área se activa incluso en tareas en las que no se requiere explícitamente respuesta oral, ya que está relacionada con la decodificación del habla y la memoria de trabajo verbal.

Área de Wernicke: Esta región es responsable del análisis de los estímulos auditivos, la transformación de las secuencias auditivas y el acceso a las representaciones de las palabras y su significado. También interviene en el procesamiento de oraciones y del discurso.

Área motora: Está relacionada con el control de movimientos voluntarios de los músculos en el lado del cuerpo opuesto al hemisferio en cuestión, enviando sus mensajes a los músculos a través del sistema piramidal.

Cortex auditivo y cortex visual: Captan los estímulos externos del lenguaje oral o escrito que envían su información al hemisferio izquierdo para ser analizado por las zonas del lenguaje.

Fascículo arqueado: conjunto de fibras que pone en relación las áreas del lenguaje para hacer llegar la información de unas a otras.

DEFINICIÓN Y CONCEPTO DE AFASIA

Una afasia consiste en un trastorno del lenguaje ocasionado por una lesión cerebral en una persona que previamente podía hablar con normalidad. El trastorno afásico se caracteriza por trastornos en la emisión de los elementos sonoros del habla (parafasias), déficit de la comprensión y trastornos de la denominación (anomia). Algunos autores persisten en utilizar el término disfasia para referirse a este trastorno, si bien éste es un término ambiguo y es preferible utilizar el de afasia. En la afasia raramente hay una abolición total de las

capacidades expresivas; aunque en la fase inicial pueda observarse esta abolición total, regularmente siempre se conservan elementos hablados, incluso en las afasias más graves. Puesto que se trata de un trastorno de la capacidad del cerebro para elaborar lenguaje, debe tenerse en cuenta que en la afasia se ven afectadas todas las modalidades lingüísticas. Por lo tanto, el trastorno no se reduce a la expresión o comprensión hablada, sino también a la escrita. En general, las capacidades expresivas del lenguaje gestual también se ven mermadas, así como otras modalidades de éste de las que el sujeto pudiera disponer (Morse, lenguaje de signos del sordomudo, etc.).

SEMIOLOGÍA

Desde el punto de vista neurológico, podemos considerar el lenguaje como el resultado de la actividad de una organización neuronal responsable de la integración y la emisión de los mensajes lingüísticos. La desorganización de esta actividad como resultado de una lesión cerebral constituye el síndrome afásico, la exploración del cual evidencia los aspectos lingüísticos conservados, los destruidos y los alterados. Debemos considerar que el lenguaje del paciente afásico es el resultado de las actividades globales del cerebro al igual que para los sujetos normales, si bien, por efecto de la lesión, estas actividades lingüísticas responden a una forma de organización dependiente de la interacción entre supresiones, desviaciones, inhibiciones o liberaciones de los numerosos sistemas funcionales afectados por la lesión cerebral.

Es muy importante tener en cuenta que una perturbación del lenguaje no siempre significa que la lesión ha destruido la función correspondiente, sino que, quizás, solamente haya acabado con algunos de los elementos imprescindibles para que esta función se utilice correctamente. De esta manera, las capacidades lingüísticas del afásico deben contemplarse como el resultado final del entre juego de las funciones alteradas y del conjunto de posibilidades preservadas en el cerebro del paciente.

Otro punto a destacar es que el sujeto afásico no sólo presenta un problema del lenguaje. Una lesión cerebral puede desorganizar distintos sistemas funcionales, por lo cual el estudio detallado de un paciente afásico no debe limitarse solamente al estudio de su lenguaje, sino al del conjunto de sus funciones neuropsicológicas.

EXPRESIÓN VERBAL

Reducción del lenguaje

El dato semiológico más patente de la reducción del lenguaje consiste en la supresión total del mismo. El paciente no es capaz de emitir ningún sonido articulado, o solamente puede producir algunos sonidos indiferenciados. La supresión total del lenguaje no suele ser un fenómeno absoluto, aunque sí puede observarse en las fases iniciales de la afasia. En general, incluso en las afasias más graves, siempre se conservan algunos elementos hablados, que en estos casos suelen ser de carácter automatizado. En los casos de reducción grave del lenguaje pueden observarse estereotipias. Una estereotipia consiste en la emisión de elementos silábicos, conjuntos de fonemas sin significado o palabras que el paciente produce repetidamente cada vez que intenta articular lenguaje. La fijación permanente de una estereotipia indica la desestructuración profunda de los mecanismos psicolingüísticos y corresponde a una afasia muy grave, en general, provocada por una lesión extensa. En otras ocasiones, las estereotipias pueden ser reversibles, gracias a la posibilidad de un control voluntario por parte del paciente y a la instauración de mecanismos neurolingüísticos útiles que conducen a la desaparición de las producciones estereotipadas. En el lenguaje del afásico es corriente la observación de formulaciones automatizadas (automatismos) que en la fase inicial de la afasia pueden constituir la casi totalidad de las emisiones. Las formulaciones automatizadas están formadas por elementos de lenguaje automático o expresiones emocionales de uso común en la vida corriente que, durante la fase inicial de reducción grave del lenguaje en el paciente afásico, pueden constituir la mayor parte de las producciones habladas del paciente, si no

las únicas posibles. Estas emisiones están bien articuladas, en marcado contraste con la incapacidad del paciente para elaborar otros elementos hablados.

La articulación

El estudio de los mecanismos articulatorios en un paciente con reducción importante de la expresión verbal raramente mostrará la existencia de anartria (imposibilidad para emitir sonidos articulados), sino que, en general, aparece un conjunto de distorsiones y déficit en la capacidad para emitir los fonemas, cuyas características finales dependen de los mecanismos neurolingüísticos involucrados en la lesión. Cuando esta afectación incide sobre los mecanismos sensitivomotores de la articulación, se produce el trastorno conocido clásicamente con la designación de síndrome de desintegración fonética. En cambio, cuando la alteración radica predominantemente en las áreas acústicas y en los mecanismos de integración acústicoarticulatoria se producen los fenómenos de parafasias fonémicas, con neologismos y jerga fonémica. Clásicamente, el síndrome de desintegración fonética presenta una serie de distorsiones de los fonemas que de forma vaga parecen reproducir las deformaciones propias del lenguaje infantil, por lo cual a estas alteraciones articulatorias se las ha calificado de desintegración fonética. Desde un punto de vista neurológico, en la base de estas alteraciones de los fonemas se hallan trastornos paralíticos, distónicos y apráxicos, relacionados y combinados de manera variable, y que interfieren de esta forma con la correcta producción de los sonidos del lenguaje. Como consecuencia, la cualidad fonética de los sonidos emitidos se altera por una desorganización de la armonía motriz articulatoria, con supresión de algunos fonemas y deterioro y alteración de otros: en general, podríamos decir que los sonidos tienden a emitirse en condiciones de una motilidad más elemental. De esta manera, puede aparecer todo tipo de deformaciones (elisiones, asimilaciones, sustituciones, metátesis, epéntesis) en el lenguaje de la afasia motora, combinados de forma abigarrada. En este contexto es importante el estudio de la posible existencia de apraxia bucofonatoria. Se trata de la incapacidad para realizar movimientos o secuencias motoras con los órganos bucofonatorios, sin que esta incapacidad pueda explicarse por una

parálisis de la musculatura implicada. En la apraxia bucofonatoria se observa el fenómeno de la disociación automáticovoluntaria consistente en que el movimiento puede efectuarse en condiciones automáticas, pero no cuando el paciente desea efectuarlo voluntariamente; así, por ejemplo, el enfermo no puede imitar el gesto de sonreír enseñando los dientes, pero si ríe espontáneamente el acto motor se realiza sin dificultad. Algunas veces puede observarse disprosodia, que consiste en la alteración de la melodía del lenguaje, el cual, a veces, reproduce un acento extranjero (xenoloquia). En la disprosodia se alteran la entonación afectiva y las inflexiones de la voz. Estas características suelen recuperarse con el tiempo, aunque la articulación persista alterada.

Lenguaje proposicional

Cuando el paciente con afasia motora recupera progresivamente elementos articulatorios y palabras habladas puede hacerse patente otro dato semiológico: el agramatismo. Consiste en la dificultad para las uniones gramaticales, la conjugación de verbos y el conjunto de elementos y 'pequeñas palabras' (palabras de función), que dan cohesión a los distintos elementos de la frase y aseguran que los elementos hablados se coordinen fluidamente los unos con los otros. El paciente con agramatismo utiliza predominantemente frases construidas por yuxtaposición de elementos, en especial sustantivos, y, en principio, emplea los verbos en forma infinitiva; podría decirse que el lenguaje se ha reducido al esqueleto de la frase. A este trastorno también se le denomina lenguaje telegráfico. Esta manifestación semiológica suele configurarse a lo largo de la regresión de los trastornos graves del lenguaje expresivo y no sólo se observa en el lenguaje espontáneo, sino que también puede presentarse en la repetición de frases, lectura en voz alta y escritura al dictado.

La denominación

La dificultad o incapacidad para evocar los elementos lingüísticos correspondientes al nombre de los objetos (la falta del nombre) constituyen la anomia. Cuando la anomia se acompaña de alteraciones articulatorias, su origen se encuentra en una alteración de la estructura fonémica de las palabras

(alteración del componente fonológico). Es más característica la anomia que se produce como trastorno electivo de la denominación (afasia amnésica de Pitres). En este caso, su origen se halla en una alteración del componente léxicosemántico de la denominación que, contrariamente a lo que sugeriría la denominación clásica de 'afasia amnésica', no se inicia con la afectación de los circuitos neuronales de la memoria. Para Goldstein, consistiría en la pérdida de la actitud abstracta necesaria para la evocación de los objetos. Puede también considerarse una tercera forma de anomia: la que se produce en el seno de las jergafasias. En estos casos, las anomalías funcionales afectan a los componentes fonémico y semántico del nombre de manera que impiden la emisión de formas nominales reconocibles. Los elementos sonoros del lenguaje. Las parafasias Una parafasia consiste en la utilización de fonemas, sílabas o nombres erróneos, en lugar de los fonemas, sílabas o nombres adecuados. Pueden producirse parafasias por trastornos de los mecanismos sensitivomotores de la articulación o por trastorno de la organización acústicoarticulatoria del lenguaje. En este último caso, como resultado de la aparición de parafasias fonémicas o silábicas, se observan alteraciones de la estructura de las palabras sin que existan trastornos articulatorios propiamente dichos. Las parafasias por alteración de los mecanismos sensitivomotores de la articulación son características de las lesiones que afectan a las áreas rolándicas e implican, por lo tanto, al lóbulo parietal y se vinculan a un componente más o menos importante de apraxia bucofonatoria. Las parafasias subsiguientes a la desorganización de los mecanismos acústicoarticulatorios son características de la afasia sensorial y se producen por lesión de las áreas temporales implicadas en el lenguaje. En estos casos, cuando la afectación es importante, la acumulación y sobreproducción de parafasias puede llegar a provocar que el lenguaje sea totalmente ininteligible (jergafasia). Un paso intermedio entre la simple parafasia fonémica y el lenguaje en jerga sería la aparición de neologismos en el lenguaje hablado, los cuales representarían la emisión de palabras inexistentes en el lenguaje común y producido por yuxtaposición incontrolada de parafasias. Al predominio de las parafasias fonémicas en el lenguaje jergafásico se le denomina jerga fonémica. Si los

fenómenos parafásicos son de tipo verbal semántico (cambio de unas palabras por otras relacionadas semánticamente), se trata de una jerga semántica. Cuando ambos tipos se hallan entremezclados, se habla de jergas mixtas. Acompañando los lenguajes de jerga puede observarse la anosognosia. Etimológicamente, esta palabra implica conocimiento de la enfermedad. El paciente con jergafasia no es consciente de la importante desorganización de su lenguaje. Por otra parte, en las jergafasias el débito suele estar incrementado, es decir, que el paciente con esta alteración tiende a la superproducción del lenguaje de carácter logorreico. La entonación general del discurso está conservada.

Aspectos sintácticogramaticales

A diferencia del agramatismo, en el cual se observa una reducción de los elementos gramaticales del lenguaje, en las lesiones temporoparietales posteriores pueden hallarse numerosas fórmulas gramaticales, pero anormalmente utilizadas (paragramatismo de Kleist), con lo cual el lenguaje producido da la impresión de ser incoherente. Este empleo anormal de los elementos gramaticales se denomina disintaxis.

Otros fenómenos

Perseveraciones

Las perseveraciones consisten en la utilización repetitiva de elementos del lenguaje que el paciente acaba de emitir. Las emisiones perseverantes implicarían la persistencia activa de un circuito funcional como consecuencia de la dificultad de los mecanismos neuronales para desactivar dicho circuito tras producirse la activación.

Ecolalia

El fenómeno de la ecolalia consiste en que, cuando el paciente intenta responder a su interlocutor, repite la última o las últimas palabras que se le han dirigido. Se observa en casos con grave reducción del lenguaje espontáneo, y traduciría una alteración de los esquemas del lenguaje interior, por lo cual los mecanismos

neurolingüísticos del paciente tenderían a reproducir los esquemas de lenguaje suministrados por el interlocutor.

COMPRENSIÓN ORAL

Al explorar la comprensión oral de un paciente afásico deben tenerse en cuenta varios puntos básicos: Si el trastorno del paciente es exclusivamente de carácter afásico, la comprensión de la entonación y la mímica general están conservadas. No debe imaginarse que al paciente le será más fácil comprender una palabra aislada que toda una frase, puesto que la palabra es un mensaje sensorial más simple y, en cambio, una frase suele comportar un conjunto de elementos significativos que se complementan y facilitan la comprensión. De menor a mayor complejidad de comprensión debemos considerar: 1. De las fórmulas automatizadas al lenguaje proposicional; 2. Del lenguaje más concreto a las formulaciones más abstractas, y 3. De un mensaje que contiene una sola idea a un mensaje con varias ideas. Debe tenerse en cuenta que la afasia se produce como consecuencia de una lesión cerebral, que habitualmente determina en los pacientes una lenificación del tiempo de reacción y una fatigabilidad más rápida que en los sujetos normales. Como resultado, cuando las exploraciones se prolongan demasiado, el rendimiento del paciente disminuye a lo largo de la sesión, con el subsiguiente empeoramiento de los resultados en las pruebas practicadas.

De manera general, podríamos decir que esquemáticamente deben tenerse en cuenta dos niveles en la exploración de la comprensión del lenguaje en los pacientes afásicos:

Nivel sensorial. Se trata de valorar el rendimiento del paciente desde el punto de vista de la agnosia auditiva y la integración auditiva de los fonemas. Un trastorno en esta esfera ocasionará predominantemente déficit para la integración de la estructura fonémica que se traducirá en parafasias, neologismos y lenguaje de jerga.

Nivel semántico. Se trata de la exploración del aspecto psicolingüístico propiamente dicho: comprensión de las diversas estructuras sintáctico gramaticales, conjuntos de frases con instrucciones yuxtapuestas, expresiones complejas de comparación, caso genitivo, etc. Un trastorno en esta esfera se manifestará predominantemente con alteraciones disintácticas del lenguaje.

TIPOLOGÍA CLÍNICA Y LOCALIZACIÓN

TOPOGRÁFICA

Antes de entrar en el tema propiamente dicho de la tipología, debe establecerse una consideración previa sobre si hay o no necesidad de clasificar las afasias]. El núcleo de la cuestión radica en si la afasia es un trastorno unitario o si existen varias clases de la misma. En realidad, la respuesta no está clara y las diversas opiniones formuladas al respecto desde la época del propio Wernicke abogan la opinión de que ambos pronunciamientos parecen ser correctos. El trastorno afásico es básicamente uno, si bien se observan una serie de grupos semiológicos predominantes como consecuencia fundamentalmente de la localización anatómica de la lesión causal y, en segundo lugar, como consecuencia de las peculiaridades biológicas de la organización cerebral de cada sujeto, aunque éste sigue un patrón mayoritariamente uniforme en la especie humana. De manera que se justifica la pregunta: ¿hay alguna necesidad de clasificar las afasias? No obstante, puesto que durante el quehacer clínico diario o en el curso de la investigación afasiológica surge en ocasiones la necesidad de utilizar un calificativo para designar el tipo de afasia, describimos a continuación distintos tipos clínicos siguiendo los patrones más clásicamente utilizados. En realidad, cada rehabilitador debería seguir la clasificación con la que se sintiera más cómodo y le proporcionara más datos para poder abordar con mayor eficacia el tratamiento del paciente; todo ello siempre dentro de un marco conceptual adecuado, a fin de que la descripción del síndrome estudiado pueda ser reproducible, tenga valor predictivo y refleje la realidad clínica del paciente.

Afasia motora

La gran afasia de Broca se caracteriza por una expresión verbal muy afectada y una comprensión relativamente mejor, aunque también afectada. El lenguaje espontáneo presenta una alteración importante de los mecanismos articulatorios, vocabulario restringido, agramatismo y reducción significativa de la longitud de la frase; se producen parafasias fonémicas y cada elemento sonoro requiere un esfuerzo particular para ser articulado, de ahí la denominación de 'afasia nofluyente'. También presentan agrafia y en ocasiones apraxia ideo motora. La mayoría de pacientes con afasia motora (tres cuartas partes de los pacientes) presentan un déficit motor, más o menos grave, del hemicuerpo derecho.

Correlación clinicopatológica

Los estudios actuales de neuroimagen confirman la relación de la afasia de Broca con lesiones extensas que afectan el pie de la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo y áreas adyacentes, entre ellas, las áreas rolándicas de la región parietal y en profundidad hasta los ganglios basales. Cuando la lesión se restringe al área de Broca, habitualmente la afectación del lenguaje es moderada y la recuperación buena o bastante buena.

Afasia sensorial

El lenguaje presenta una articulación fluida, aunque con abundantes parafasias, y un trastorno grave de la comprensión. Las parafasias pueden ser de tipo fonético o semántico y se altera la utilización de los elementos gramaticales (disintaxis, paragramatismo). La lectura y la escritura están afectadas de forma similar. El trastorno de la comprensión tiene su origen en la caída de la discriminación fonémica y en la pérdida de la capacidad para comprender los elementos sintácticos y semánticos. Cuando la producción de parafasias es muy importante, el lenguaje se convierte en ininteligible y recibe el nombre de jerga o lenguaje jergafásico. La producción lingüística es fluida y abundante, con una prosodia y entonación aparentemente correctas, aunque el lenguaje carece de significado por la invasión masiva de parafasias fonémicas. Suele acompañarse de logorrea y

sugiere un fenómeno de desinhibición que podría relacionarse con la falta de feedback auditivo de la producción fonológica y léxica. Es característico que todo ello se acompañe de anosognosia (falta de conciencia del déficit). Cuando la jergafasia es de predominio semántico, el lenguaje es también muy poco inteligible por las sustituciones constantes de unas palabras por otras (parafasias verbales) y la presencia de fenómenos disintácticos, aunque, como en el caso de la jerga fonémica, la prosodia y la entonación están preservadas. La anosognosia y la tendencia a la logorrea completan un cuadro clínico que debe diferenciarse del lenguaje incoherente de la demencia, si bien el inicio agudo después de una lesión cerebral en el caso de la afasia por lesión focal, en contra de un comienzo insidioso en ausencia de datos neurorradiológicos de lesión en el caso de un trastorno degenerativo, son elementos de la historia clínica suficientemente definitorios.

Correlación anatomotopográfica

La lesión característica de la afasia de Wernicke radica en el tercio posterior de la primera y segunda circunvolución temporal del hemisferio izquierdo. El giro de Heschl y la circunvolución supramarginal son regiones que también pueden afectarse.

Afasia global

El término de afasia global se utiliza cuando están gravemente afectadas tanto las funciones expresivas como las receptoras del lenguaje. Al principio del cuadro el paciente suele presentar una abolición total de las emisiones lingüísticas. Pasados unos días o semanas, aparecen algunos elementos automatizados y en ocasiones producciones estereotipadas. Cuando se producen estereotipias, pueden utilizarse con una entonación adecuada a la intención comunicativa del paciente, aunque, en el caso de que la estereotipia consista en una palabra o conjunto de palabras, éstas carezcan de relación real con la situación o la intención comunicativa. Por el contrario, las formulaciones automáticas pueden ayudar, en ocasiones, a iniciar conatos de comunicación, si bien ésta pronto se ve frustrada por la imposibilidad por parte del paciente de efectuar un lenguaje proposicional propiamente dicho.

Otras veces, los propios automatismos distorsionan la comunicación al ser articulados con una intención comunicativa distinta u opuesta al significado real de las palabras emitidas. Por ejemplo, es habitual la utilización errónea de las palabras 'sí' y 'no', con la consiguiente confusión y a veces desesperación de la familia y del propio paciente. Los automatismos también pueden ser en forma de palabras malsonantes, en cuyo caso una susceptibilidad mal aplicada puede llevar a los familiares a tratar de reprimir las producciones espontáneas del paciente, con el consiguiente incremento de su frustración. El estado emocional de los pacientes con afasia global suele tender a la depresión como reacción a su dificultad comunicativa y a la afectación motora (hemiplejía derecha), que suelen ser la regla en este tipo de afasia. El tratamiento de este estado depresivo pasa por una atención adecuada a la rehabilitación funcional motora y la reeducación del lenguaje, así como por un soporte global del entorno social del paciente. En este sentido, es importante una atención amoldada al entorno familiar más inmediato, que debe ayudar y puede colaborar de forma muy efectiva en la adaptación del paciente a su nueva situación personal, familiar y social.

Correlación clinicotopográfica En general, los pacientes con afasia global presentan lesiones extensas en el territorio de la arteria cerebral media izquierda, con afectación de las áreas frontoparietales y temporoparietales.

Afasia de conducción

La afasia de conducción es una entidad controvertida cuya existencia fue postulada por Wernicke en 1874, para referirse a la desconexión de la conducción de impulsos sensoriales hacia los mecanismos motores. En 1875, Lichtheim puso el acento en la afectación de la repetición que se producía en estos casos. El lenguaje espontáneo muestra una articulación fluida, pero con presencia de trastornos anómicos y parafasias fonémicas. La comprensión está relativamente preservada, si bien pueden observarse discretos problemas para la discriminación fonémica y la comprensión de frases. El dato semiológico más importante es una dificultad para la repetición.

Correlación clinicotopográfica La lesión suele presentarse en la región posterior de la primera circunvolución temporal y la parte

más inferior de la circunvolución supramarginal. En ocasiones, la lesión radica en la región insular y otras veces afecta el fascículo arcuato y la sustancia blanca subyacente a la circunvolución supramarginal. Siguiendo la tesis de Wernicke, el punto crucial radicaría en la región insular como zona de paso de las imágenes auditivas que deben transmitirse a los mecanismos motores.

Afasia transcorticales

El término afasia transcortical fue introducido por Wernicke en 1886, para rebautizar la denominada 'afasia de conducción central' de Lichtheim (1885), y consistiría en la interrupción del proceso de transferencia del material auditivo verbal al centro de los conceptos. Tanto Lichtheim como Wernicke insistían en que los conceptos no se localizan en ninguna área circunscrita, sino que son elaborados por un mecanismo cortical multisensorial. Las afasias transcorticales pueden ser sensoriales (trastorno de la comprensión con expresión verbal fluida), motoras (alteración de la expresión verbal con buena comprensión) o mixtas. El dato descollante de las afasias transcorticales es una repetición conservada.

Afasia sensorial transcortical

Los sujetos afectados por este tipo de afasia presentan un trastorno importante de la comprensión con una expresión verbal fluente, muchas veces en forma de jerga semántica. La repetición está preservada. La lesión suele localizarse en la región temporoccipital y algunas ocasiones en las áreas parietoccipitales. Pueden evolucionar hacia una mejoría, aunque persisten la anomia y la tendencia a los circunloquios.

Afasia motora transcortical

Los pacientes con esta clase de afasia presentan una afectación importante de la expresión verbal con comprensión conservada y buena capacidad de repetición. La lesión suele localizarse en el área motora suplementaria (porción superior de la región parasagital) del lóbulo frontal dominante. La recuperación puede ser buena, aunque puede dejar problemas anómicos residuales de carácter discreto.

Afasia transcortical mixta

Es un trastorno grave del lenguaje caracterizado por la alteración tanto de la comprensión como de la expresión verbal, si bien se conserva una buena capacidad para la repetición. De hecho, representa una combinación de la afasia motora transcortical y afasia sensorial transcortical. Las lesiones causales suelen ser múltiples y afectar a zonas corticales y subcorticales alrededor de las áreas del lenguaje. Por ello, se ha denominado a este síndrome 'aislamiento del área del lenguaje'. Habitualmente el pronóstico es malo, con poca recuperación del lenguaje.

Afasia anómica

La alteración de la capacidad para denominar (anomia) es el más común de los trastornos afásicos. Cuando este trastorno es muy marcado, el lenguaje espontáneo se ve plagado de circunloquios que tratan de suplir la falta del nombre, o bien el paciente recurre a utilizar palabras 'de relleno' (sí, hombre; bueno; sabe usted; etc.) y generalizaciones inespecíficas (una cosa; aquello; etc.). La anomia es un dato semiológico importante que debe tenerse en cuenta y explorarse adecuadamente en cualquier tipo de afasia. El rendimiento en las pruebas de denominación suele reflejar la gravedad de la afasia independientemente del tipo semiológico de ésta. Pueden observarse problemas anómicos como consecuencia de lesiones en diversas localizaciones cerebrales, puesto que los mecanismos neuronales de la generación del nombre son procesos complejos interrelacionados con los restantes mecanismos cognitivos e intelectuales, y no se localizan específicamente en ninguna área focal determinada. No obstante, los trastornos anómicos más marcados se presentan en lesiones de la región angular (corteza de asociación multimodal de las áreas parietotemporoccipitales) o de la zona posterior de la tercera circunvolución temporal (área 37) del hemisferio dominante.

Afasias por lesión subcortical

Las lesiones de las estructuras subcorticales del hemisferio cerebral izquierdo, además de originar problemas motores con las subsiguientes manifestaciones disártricas, pueden provocar trastornos del lenguaje de características afásicas. La

semiología resultante puede ser diversa, desde problemas de fluencia y articulación hasta trastornos de la comprensión del lenguaje, pasando por fenómenos anóxicos, con neologismos y fenómenos de jerga. También se han descrito fenómenos de perseveración, trastornos de la repetición, apraxia verbal y agrafia. Si la lesión subcortical es extensa, puede provocar afasia global. La diversidad de estructuras subcorticales que pueden afectarse provoca que, en estos casos, el tipo de trastorno del lenguaje pueda ser muy variado, dependiendo de la exacta localización de la lesión.

CAUSAS DE LA AFASIA

Como hemos visto la afasia es uno de los resultados de una lesión cerebral. Existen diversos tipos de causas que producen una lesión cerebral. Entre estas, las más comunes suelen ser:

- **Traumatismo cráneo-encefálico (TEC):** Son lesiones cerebrales cuya causa primaria es externa, generalmente un golpe. Esta lesión puede conllevar un estado de conciencia disminuido o alterado y suele producir un deterioro en el funcionamiento físico y cognitivo afectando emocional y socialmente a quien lo padece. En relación con las capacidades lingüísticas y de comunicación los problemas más frecuentes que presentan son dificultades para encontrar palabras, expresión poco clara y concisa, tendencia a repetirse, escasas habilidades para mantener el tema de una conversación y para respetar los turnos de palabra, dificultades para interpretar y expresar las características prosódicas del lenguaje...
- **Apoplejía o ictus,** que se provoca cuando se da una perturbación en la irrigación sanguínea cerebral en cualquiera de sus cuatro maneras: Coágulo, Hemorragia, Compresión, Espasmo, Incidencia insidiosa progresiva de enfermedades cerebrales que poco a poco van ocasionando su deterioro, aunque la causa frecuente de esto es la edad y nosotros no trataremos en la intervención educativa en estos casos. En función de las

áreas a las que la lesión haya afectado, se verán afectadas distintas capacidades o varias a la vez, de forma que podemos decir que cada afasia es distinta y sobre todo, que cada persona tiene unas características propias. En nuestro caso, al tratar con niños y jóvenes, hemos de tener en cuenta la plasticidad del cerebro, que durante los primeros años de vida redistribuye las funciones de las partes dañadas. Por tanto en función de la edad podemos afirmar que si el inicio se produce:

- ✓ Antes de los tres años, la recuperación va a ser total.
 - ✓ Entre tres y diez, la recuperación será más tardía paulatinamente, pero se conseguirán buenos resultados tras la intervención
 - ✓ A partir de los diez o doce años el cerebro es completamente maduro y por tanto su recuperación será costosa y puede no llegar a ser total
- La sintomatología de la afasia no depende únicamente de la localización de las lesiones en determinadas regiones cerebrales, como asumía el concepto anatómico clásico, sino también de las reacciones compensatorias del tejido cerebral intacto. No obstante, se distinguen algunas lesiones cerebrales típicas que parecen estar ligadas grosso modo a determinadas disfunciones:

Afasia de Broca (afasia motora mayor)

En este tipo de afasia se destaca un predominio de los trastornos relacionados con la expresión (lo que produce un lenguaje no fluente), sobre los trastornos de comprensión. La semiología es de tipo no fluente, con una reducción de la expresión y con esfuerzos y defectos articulatorios, así como una reducción del vocabulario y de la expresión de las frases. También se producen agramatismos en palabras función y parafasias fonémicas y fonéticas. Dependiendo del grado de afasia se darán unos u otros síntomas. Los alumnos con este tipo de afasia se caracterizan por una elocución lenta y laboriosa, frecuentemente silábica, siendo la comprensión verbal casi normal.

La repetición se encuentra gravemente afectada y la denominación normalmente también. En cuanto a la lectura, el alumno es capaz de leer palabras con contenido (léxicas) pero omite las palabras gramaticales; y la escritura está afectada tanto por problemas de tipo motor como por los propios trastornos afásicos, ya que las alteraciones motoras son frecuentes problemas asociados que presentan este tipo de alumnos, sobre todo en forma de hemiplejía o hemiparesia derecha. En la forma más típica de la afasia de tipo Broca, las lesiones que presentan los alumnos dan lugar a una primera fase en la que se da un mutismo o simples vocalizaciones, lo que normalmente puede evolucionar hacia una estereotipia verbal. Una vez que el cuadro clínico evoluciona, el niño o adulto empieza a decir palabras como su nombre, el de sus familiares, u objetos comunes, que van acompañadas de expresiones más o menos automáticas unidas a su vez a un lenguaje emocional.

Afasia de Wernicke

En las afasias de tipo Wernicke predominan claramente los trastornos de comprensión del lenguaje, siendo la articulación y la fluencia normales. El alumno realiza poco esfuerzo para producir lenguaje, y la longitud de la frase es aparentemente normal, así como su estructura, articulación y prosodia. Se presenta una liberación verbal con cierto grado de excitación y un desconocimiento de su problema o defecto, lo que se denomina anosognosia electiva. La expresión se caracteriza por que pueden hablar con oraciones largas, que no tienen ningún significado; agregan palabras innecesarias y neologismos y cambian unas palabras por otras parafasias. Esto hace que su habla alguna vez haya sido denominada como “de ensalada de palabras”. En algunos casos el número de sustituciones puede ser tan grande que hace el habla ininteligible (jergafasia). La jerga y la anosognosia disminuyen con el tiempo de evolución. En los casos más graves, existe una profunda alteración de la comprensión verbal, siendo algunos pacientes incapaces de comprender una mínima palabra, sin embargo otros casos tiene una cierta comprensión. La denominación está siempre alterada, y la lectura tanto en su verbalización como en su comprensión, está

alterada en general, aunque varía el grado de afectación según el paciente. La escritura también está afectada, aunque la capacidad grafomotora (automatismos, grafismos) está preservada. Las transformaciones de la escritura pueden conducir a una jerga escrita. Los alumnos que presentan este tipo de afasia no suelen presentar otros trastornos, aunque en las fases agudas se puede observar una discreta paresia o alteraciones de la sensibilidad. Afasia de conducción Esta afasia esta en relación con lesiones en la circunvolución temporal superior y en la ínsula. El síntoma más característico de este tipo de afasia es la dificultad para la repetición que aparece en especial en palabras poli silábicas, que se convierten en auténticos trabalenguas. Aparte de esta dificultad para la repetición, los pacientes con afasia de conducción tienen problemas en la selección apropiada de las palabras y la correcta secuenciación fonémica dentro de palabras individuales. En este caso, al contrario de las distorsiones que se producen en la afasia de Broca, éstas se limitan a palabras individuales, siendo la estructuración del discurso normal con un uso normal de morfemas gramaticales y de palabras funcionales. Una característica de muchos pacientes con afasia de conducción es su dificultad grave para encontrar palabras. En el momento que se produce el esfuerzo por encontrar un determinado nombre o verbo y su organización fonémica, se produce una interrupción de la fluidez que por lo general es normal.

Afasia transcortical motora

En este caso se presentan problemas parecidos a los de la afasia de Broca. Suele deberse a una lesión subcortical pequeña por encima del área de Broca. Actualmente se piensa que está implicado un circuito desde el área motora suplementaria, a través del fascículo subcalloso hasta los ganglios basales y el área de Broca. Este tipo de afasia se manifiesta en un déficit en la producción del habla, especialmente en la iniciación y la espontaneidad. La repetición está bien preservada, en cambio en la conversación se observan dificultades de organización e iniciación del habla. La articulación suele presentar escasas a nulas dificultades y la comprensión del lenguaje está preservada. El problema aparece si el paciente tiene que responder con una o varias frases. También la

denominación está alterada, pero en general son útiles las ayudas contextuales y fonémicas. Puede presentarse una reducción similar de la escritura, pero la lectura oral y la comprensión lectora pueden estar disociadas, es decir, preservadas. Por tanto se nos muestra aquí una posibilidad de entrar al sistema de reproducción verbal y al sistema semántico a través de estas capacidades si preservadas.

Afasia transcortical sensorial

Se caracterizan por una disociación entre una buena capacidad de repetición y en un defecto claro en la comprensión de los materiales que en alumno es capaz de repetir. La expresión es fluente, estando la comprensión muy afectada y la repetición relativamente preservada. La producción verbal generalmente es en forma de jerga semántica, siendo la ecolalia un factor predominante. La verbalización lectora puede presentar distintos grados de afectación, desde una grave alteración hasta trastornos leves. Sin embargo, la comprensión lectora está gravemente afectada, y la escritura es en forma de jerga. Este tipo de afasia suele presentar una evolución favorable, con mejorías en la comprensión, en otros casos la afasia sensorial transcortical aparece como resultado de la evolución de una afasia tipo Wernicke. Este tipo de afasia puede venir acompañada de alteraciones sensitivas en el hemicuerpo contra-lateral a la lesión y alteraciones en el campo visual.

Afasia transcortical mixta

El cuadro se caracteriza por la preservación de la repetición en el contexto de una grave afectación de la expresión y la comprensión. La repetición, por otro lado no es perfecta, pero puede presentar el fenómeno de corrección de estructuras sintácticamente inadecuadas. Se caracteriza porque el paciente realiza una expresión reducida de ecolalias y en el que puede aparecer un fenómeno de completamiento. Todas las actividades del lenguaje escrito están afectadas en grado máximo. Afasia anómica o amnésica Se caracteriza por la dificultad de encontrar palabras de uso común, sobre todo en lo que al lenguaje espontáneo se refiere. La anomia es una componente de prácticamente todas las afasias fluidas,

la afasia de Wernicke y la afasia de conducción. Únicamente si la anomia aparece de modo relativamente aislado se habla de afasia anómica.

Afasia global

La afasia de tipo global o total, es la forma más grave de afasia que hay. Es el resultado de una destrucción masiva de las zonas del lenguaje del hemisferio izquierdo, incluyendo áreas de Wernicke y Broca, o lesiones que desconecten las áreas de este hemisferio entre sí. Por tanto la expresión, la fluidez y la comprensión verba están gravemente afectadas. La repetición es nula y con frecuencia el paciente presenta mutismo o estereotipias. Aun así algunas de las capacidades automáticas del lenguaje como contar, pueden verse preservadas. En la mayoría de los casos los pacientes logran decir únicamente unas pocas palabras y su comprensión del lenguaje es igualmente muy limitada, no pueden leer ni escribir.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Favorecer el lenguaje en niños de primaria con afasia de broca.

Objetivos específicos

- Identificar las causas en el aprendizaje de niños con afasia
- Implementar estrategias que disminuyan la afasia del lenguaje en niños de primaria.
- Evaluar el avance del lenguaje de los niños con problemas con afasia de broca.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

1. Estilos de aprendizaje:

El niño tiene un estilo de aprendizaje Visual-Verbal, suele tener preferencia por el contacto visual, aprende mejor cuando se le presentan imágenes, videos, carteles e información de manera gráfica. También aprende mejor de manera verbal ya que prefieren obtener la información en forma hablada; recuerdan mejor lo que oyen.

2. Áreas que se le dificultan al alumno:

Se le dificulta área del lenguaje ocasionando habla no fluida que consiste en la dificultad de emisión del lenguaje, el niño es capaz de emitir frases cortas con mucho esfuerzo articulatorio. Su habla se caracteriza por la aparición de disprosodia (irregularidades en el ritmo y el timbre e inflexiones en la voz) y de agramatismos (alteraciones en la construcción de estructuras sintácticas).

3. ¿En qué agrupamiento trabaja mejor el alumno?

El alumno trabaja mejor en el Área visual y memoria muscular, ya que de acuerdo a su estilo de aprendizaje adquiere mejor la información a través de del sentido de la vista favoreciendo su aprendizaje a través de imágenes, videos e información gráfica, presenta una buena retención de información.

4. ¿Cuánto tiempo puede permanecer concentrado el alumno?

Se le dificulta mantener la atención, su periodos de atención son cortos, continuamente tiene que estar siendo monitoreando para que continúe realizando las actividades.

5. ¿Qué aspectos refuerza el aprendizaje del niño?

Las adaptaciones curriculares que se realizan en la planificación de acuerdo a sus necesidades educativas y actividades que reduzcan sus dificultades de lenguaje (Ejercicios bucofonéticos).

6. ¿Qué autoconcepto tiene sobre sí mismo?

Aún no se forma un autoconcepto propio que pueda expresar a través del dialogo, manifiesta por medio de la expresión corporal inseguridad, aislamiento y suele ser retraído en todas las actividades que se le presentan de manera individual y grupal por la falta de lenguaje fluido.

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES MENSUAL			
SEMANA 1 Del 8 al 12 de enero Sesiones de 20 min.	SEMANA 2 Del 15 al 19 de enero Sesiones de 20 min.	SEMANA 3 Del 22 al 26 de enero Sesiones de 20 min.	SEMANA 4 Del 29 de enero al 2 de febrero Sesiones de 20 min.
Tarjetas: El alumno repetirá el nombre de los animales domésticos que observe en cada una de las tarjetas.	Globos: El alumno inflara un globo en repetidas ocasiones, ayudándole a ejercitar los músculos de las cuerdas bucales.	Alimentos cremosos: Colocar en los labios como: miel, chocolate, mermelada, etc., los cuales deberá limpiarlos en forma circular con la lengua hasta retirar por completo de los labios.	Repetir palabras por min: El alumno repetirá el nombre de las imágenes que observe en las tarjetas.
Popotes con vasos: El alumno soplara constantemente aire a través del popote dentro de un vaso con agua	Lápiz: El alumno colocará el lápiz en la parte superior, intentando producir palabras con f,z,x,r.	Paletas: El alumno lengüeteará la paleta en periodos cortos durante 1 min.	Burbujas: El alumno repetirá continuamente el ejercicio de soplar burbujas de jabón.
RECURSOS:			
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Humanos ✓ Tarjetas ✓ Globos ✓ Popotes ✓ Vasos ✓ Lápiz ✓ Paletas ✓ Alimentos cremosos ✓ Jabón líquido ✓ Dulces 			

2. Cronograma de actividades para favorecer el lenguaje en personas con afasia del lenguaje.

PROPUESTA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES		
RECURSO	ACTIVIDAD	FUNCIÓN
Lápiz	El alumno colocará el lápiz en la parte superior, intentando producir palabras con f,z,x,r.	La pronunciación requiere de movimientos finos de labios, lengua y mejilla
Burbujas	El alumno repetirá continuamente el ejercicio de soplar burbujas de jabón.	
Tarjetas	El alumno repetirá las palabras escritas y representadas con imágenes que observe en cada una de las tarjetas	Los sonidos requieren del control de aire y vibración
Popotes con vasos	El alumno soplara constantemente aire a través del popote dentro de un vaso con agua	Estos ejercicios ayudarán a pronunciar mejor las palabras
Globos	El alumno inflara un globo en repetidas ocasiones	
Alimentos cremosos	Se le untará al alumno alimentos cremosos en el contorno de los labios como: miel, chocolate, mermelada, ect., los cuales deberá limpiarlos en forma circular con la lengua hasta retirar por completo de los labios	Estos ejercicios ayudarán a fortalecer los movimientos de la lengua y mejorar la dicción.
Paletas	El alumno lengüeteará la paleta en periodos cortos durante 1 min.	
Repetir palabras por min.	El alumno repetirá el nombre de las imágenes que observe en las tarjetas	

3. Actividades diseñadas para favorecer el lenguaje en personas con afasia del lenguaje.

EVALUACIÓN

DISEÑO Y PLANIFICACIÓN DEL PROBLEMA	ESCALA		
Marca lo que según consideres (1 Poco y 3 Mucho)	1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> • Los objetivos están implícitos dentro de las actividades 			
<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades están desarrolladas en base a la metodología 			
<ul style="list-style-type: none"> • Las estrategias son acorde a la problemática 			
<ul style="list-style-type: none"> • La temporalidad es adecuada a los horarios y recursos 			
<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación se basó en el cumplimiento y desarrollo de las actividades 			
<ul style="list-style-type: none"> • Se desarrolla un trabajo colaborativo 			

4. Instrumento de evaluación para valorar el diseño y planificación del problema: afasia del lenguaje

ACTIVIDADES	ESCALA		
Marca lo que según consideres (1 Poco y 3 Mucho)	1	2	3
<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades son acordes a las necesidades del alumno 			
<ul style="list-style-type: none"> • Las actividades fomentan el lenguaje oral 			
<ul style="list-style-type: none"> • Los materiales para las actividades fueron adecuadas 			

<ul style="list-style-type: none"> El tiempo de las actividades es optimo 			
<ul style="list-style-type: none"> El alumno adquiere habilidades en el lenguaje a través de las actividades 			
<ul style="list-style-type: none"> Las actividades estimularon favorablemente el desarrollo del lenguaje 			

5. Instrumento de evaluación para valorar las actividades del proyecto para favorecer la afasia del lenguaje.

COMPETENCIA A ABORDAR	ESCALA		
	1	2	3
Marca lo que según consideres (1 Poco y 3 Mucho)			
<ul style="list-style-type: none"> Estimular los músculos buco faciales para el mejoramiento del aula 			
<ul style="list-style-type: none"> La actividad del uso de burbujas, favoreció la motricidad fina y gruesa 			
<ul style="list-style-type: none"> El uso de actividades con popotes y vasos ayudo a pronunciar mejor las palabras 			
<ul style="list-style-type: none"> El uso de alimentos cremosos como miel, chocolates, etc.; estimulan alguna zona cerebral. (Área de broca) 			
<ul style="list-style-type: none"> La estrategia de repetir palabras fortalece adecuadamente el movimiento de la lengua, mejillas y labios 			
<ul style="list-style-type: none"> La actividad del uso del lápiz estimula la motricidad fina y gruesa para mejorar el lenguaje 			
<ul style="list-style-type: none"> El uso de realizar actividades a través de tarjetas en donde las letras F, Z, X, J, fortalezcan el control del aire y vibración con el sonido. 			

6. Instrumento de evaluación para valorar la viabilidad de las actividades a desarrollar de acuerdo a la competencia a abordar.

COSTE

Recursos Materiales	Costo \$	Recursos Humanos	Costo \$
Tarjetas	10	Rubi Monserrat Franco Martínez	0
Globos	40		
Popotes	13		
Vasos	16		
Lápiz	25		
Paletas	20		
Alimentos Cremosos	40		
Jabón líquido	30		
Dulces	100		
Total:	264		0

7. Costos de las actividades a desarrollar a lo largo del programa de intervención: afasia del lenguaje.

CONCLUSIÓN

La afasia es una alteración del lenguaje a consecuencia de una lesión cerebral. Este trastorno compromete significativamente la comunicación oral y escrita. La causa más frecuente es el accidente cerebrovascular. Por lo tanto, cuando se lesiona produce alteraciones clínicas que se pueden agrupar en diferentes cuadros sindromáticos, las cuales a su vez se pueden categorizar en dos grandes grupos, fluentes y no fluentes.

Las personas con afasia tienen problemas con el lenguaje, quienes la padece presentan dificultad para leer y escribir, además de que la comprensión lectora puede verse mermada de manera significativa dependiendo del tipo de afasia que se tiene, hasta llegar a una nula comprensión de lo que se lee. Por lo que es muy importante que se valore correctamente. El pronóstico implica considerar una serie de variables para determinar la evolución de los pacientes: edad, deterioro cognitivo, etiología, magnitud de la lesión, severidad del trastorno, entre otras.

La rehabilitación de la afasia tiene dos objetivos importantes: primero, restablecer la comunicación funcional para alcanzar una mejor calidad de vida. Segundo, lograr una adaptación psicosocial del paciente y la familia. En algunos casos, para conseguir estos propósitos, se deben usar sistemas de comunicación aumentativa y alternativa, para compensar aquellas alteraciones del lenguaje que le impiden satisfacer sus necesidades comunicativas cotidianas, a través de las modalidades convencionales.

Por consiguiente, el presente trabajo tiene la intención de apoyar en la labor docente brindando los conocimientos teóricos que permiten comprender qué es la afasia y cómo repercute en el aprendizaje de los alumnos que presentan este trastorno del lenguaje, así como los diferentes tipos de afasia y las características específicas de cada una. Las actividades propuestas contribuyen a que los alumnos tengan un mejor desempeño atendiendo de forma más específica el problema que presentan, proporciona los elementos necesarios que permiten atender a los alumnos de educación primaria.

Este estudio abrirá nuevas oportunidades para que los niños se desenvuelvan exitosamente, eliminando las barreras, limitaciones y problemas que lleguen a presentar en el área de aprendizaje y motriz, que dificultan su desempeño académico. Por lo tanto, es fundamental que nosotros como docentes contemos con las herramientas necesarias para brindar la atención adecuada, ya que es nuestra labor brindar una educación inclusiva, con calidad y excelencia a todos los alumnos, sin dejar a nadie atrás, ni afuera del proceso educativo, por lo que este trabajo sugiere una serie de ejercicios que al ser puestos en práctica como se recomiendan ayudaran a los alumnos con afasia, a desarrollar su lenguaje y su expresión escrita, su comprensión, para que se vea reflejado en su expresión oral y por ende en su aprendizaje.

REFERENCIAS

National Institutes of Health: Instituto Nacional de Sordera y Otros Trastornos de la Comunicación: Afasia.

Helm. Manual de la afasia y terapia de la afasia. Editorial panamericana. Pp. 30 – 89.

González. Afasia, de la teoría a la práctica. pp. 95 – 138

J. E. Azcoaga, J. A. Bello, J. Citrinovitz, B. Derman, y W. W. Frutos. Los retardos del lenguaje del niño. Neuropsicología Paidós. 1987, Barcelona.

Peña Cassanova, J. Pérez Paimés, M. “Rehabilitación de la afasia y trastornos asociados” Masson. 1984, Barcelona.

Taylor, Martha L. “Qué es la afasia. Guía para la familia.” Panamericana. 1982. Buenos Aires.

Fernández Guinea, S, López Higes, R. Guía de intervención logopédica en las afasias. Editorial Sintesis, 2005 Madrid.

Ardila, Alfredo Las Afasias. Departamento de Ciencias Comunicativas y Desórdenes. Universidad de Florida 2006 Miami (EE.UU)



EDOMÉX
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA





**Acervo
Digital
Educativo**

