

MARC MONFORT y ADORACIÓN JUÁREZ SÁNCHEZ

LOS NIÑOS DISFÁSICOS

Descripción y Tratamiento



7.^a EDICIÓN
ACTUALIZADA

	Pág.
ÍNDICE	
Introducción	7
PRIMERA PARTE: ASPECTOS TEÓRICOS Y DESCRIPTIVOS	11
1. El laberinto terminológico	13
2. Definiciones y límites	16
2.1. La definición por exclusión	16
2.2. La definición por la evolución	18
2.3. La definición por la especificidad	20
2.4. Resumen	26
3. Una concepción interactiva del desarrollo patológico del lenguaje ..	27
4. Los síntomas lingüísticos: clasificaciones	29
5. Los síntomas no lingüísticos	38
6. Las hipótesis explicativas	41
7. Aspectos neurológicos	46
8. La evaluación del niño disfásico	49
8.1. La evaluación inicial	49
8.1.1. La evaluación de la comunicación y del lenguaje	50
8.1.2. Las pruebas y criterios específicos	63
8.1.3. Descartar otras explicaciones	66
8.1.4. Los factores asociados	67
8.1.5. La interpretación de los datos	68
8.2. La evaluación durante la intervención	71
SEGUNDA PARTE: INTERVENCIÓN LOGOPÉDICA CON LOS NIÑOS DISFÁSICOS	75
Introducción	77
1. Principios generales y comentarios	80
2. Un modelo de intervención en tres niveles	90

3.	Nivel de estimulación reforzada	93
3.1.	Sesiones de estimulación funcional	93
3.2.	Programas familiares	95
	La información	99
	La formación	100
4.	Nivel de reestructuración	111
4.1.	Reforzar el input	111
4.2.	Facilitar el out-put	114
4.3.	Entrenamiento de los factores asociados	119
4.4.	Intervención logopédica formal	122
5.	Nivel de comunicación alternativa	124
5.1.	Tipos de sistema y selección	125
5.2.	La introducción de un sistema alternativo	126
6.	La escuela y los niños disfásicos	130
6.1.	La escuela ordinaria	130
6.2.	El centro de educación especial	133
TERCERA PARTE: CASOS CLÍNICOS		135
1.	Presentación de los casos	137
1.1.	Los casos como pueden llegarnos	138
1.2.	Descripción longitudinal de casos	147
2.	Muestras de producciones verbales	180
2.1.	Un registro acumulativo	180
2.2.	Conversación	181
2.3.	Narraciones	185
2.4.	Expresión escrita	189
CONCLUSIÓN		193
BIBLIOGRAFÍA		195

INTRODUCCIÓN

Oscar va a cumplir cinco años dentro de poco: aparece como un niño tímido y retraído, pero vivo y comunicativo cuando está en confianza: parece entender bien lo que se le dice y demuestra inteligencia en los juegos, el dibujo, los puzzles.

Según los médicos, oye bien y no presenta alteraciones neurológicas. Sin embargo, su lenguaje expresivo se limita a un repertorio de 60 palabras, emitidas de una en una, prácticamente ininteligibles para los que no le conocen y que acompaña a veces de gestos y mímica.

Alejandra es una niña mayor de doce años, aunque los informes dicen que su «edad mental» es de cinco años.

Es cariñosa y comunica afectivamente con los demás: entiende palabras sueltas, pero no las frases, incluso sencillas, si no se sitúan dentro de un contexto muy claro.

Se expresa con actitudes, gestos naturales y vocalizaciones entonativas en las cuales surgen de vez en cuando las tres palabras que conoce: «mamá», «no», «agua».

A Pablo, nueve años, le gusta charlar, sobre todo con los adultos, porque con los niños le cuesta entenderlos y hacerse entender. Ha aprendido a leer y a escribir, algo de lo que se siente muy orgulloso, lo mismo que de su habilidad en el dominó y las cartas. Se maneja bien «en las distancias cortas»: preguntas y respuestas sencillas, órdenes y peticiones, a pesar de tropezar muchas veces con las dichas sílabas complejas y el tiempo de los verbos.

Sin embargo, «se lía» cuando el profesor habla mucho tiempo seguido, o cuando a él le toca contar lo que ha hecho el fin de semana, recordar de lo que iba esa película que le gustó tanto.

Hace ya casi un siglo que estos niños, cuyo lenguaje presenta un desarrollo tan lento, tan particular y tan limitado, han llamado la atención de los médicos, de los psicólogos y, más recientemente, de los lingüistas.

Son muy distintos entre sí, pero tienen en común dos características básicas: en primer lugar, aunque tengan otras dificultades en su desarrollo, el lenguaje es la función más afectada con gran diferencia y, por otra parte, no existe en la actualidad una explicación definitiva a estos fenómenos.

Es difícil determinar cuál es su importancia en la población infantil debido a la imprecisión de la definición de sus fronteras; si se acepta que de un 8% a un 10% de los niños presentan alguna dificultad en la adquisición del lenguaje (Silva, 1980), es probable que estos trastornos tan graves no afecten a más de un 10% del conjunto (Gérard, 1981).

La especificidad de los trastornos que presentan los niños disfásicos constituye un material privilegiado para neuro y psicolingüistas que buscan en sus historias y en sus manifestaciones datos para construir representaciones fisiológicas o funcionales del lenguaje en general y de su aprendizaje en particular.

El enigma que sigue representando su etiología es, sin duda, un aliciente más y justifica la gran cantidad de publicaciones de todo tipo que describen, clasifican o interpretan los distintos cuadros que van apareciendo en los centros especializados.

Contrasta con esta efervescencia la parquedad y poca variedad metodológica de los trabajos relacionados con la educación, reeducación o terapia especializada de esta población.

No es de extrañar: la ausencia de etiología conocida y la tremenda variedad de los síntomas han dado lugar a un enorme nivel de confusión, no sólo terminológica, sino conceptual (es la explicación del plural que hemos utilizado en el título de este libro).

Desde el punto de vista de la investigación fundamental, no es excesivamente grave: cada estudioso es consciente de que no se va a encontrar una solución a corto plazo y que su granito de arena servirá a la mejora progresiva del conocimiento.

El aparente caos puede ser considerado como el reflejo de la vitalidad actual de la investigación en este campo.

El problema del logopeda es totalmente distinto: debe actuar aquí y ahora. A lo sumo, dispone de algunos pocos años para ayudar al niño, sin saber en realidad ni por qué tiene estas dificultades ni hasta dónde podrá llegar.

Los conocimientos actuales son limitados pero serán los que deberá utilizar en principio.

Siguiendo la vieja máxima inglesa de que «para enseñar latín a John, primero hay que conocer a John y, después, saber latín» defendemos la idea de que, sea cual sea el estado actual de la investigación teórica, sus datos deben servir para sentar las bases de nuestra intervención, porque nos parece difícil entrar en la dinámica del aprendizaje sin haberse hecho previamente un modelo de cómo está funcionando el niño en este momento, cuando le estamos hablando o cuando intenta comunicarnos algo.

Por otro lado, unas referencias teóricas son indispensables si queremos que los resultados de nuestra intervención se incorporen también al proceso de construcción del conocimiento científico.

Es la razón por la que, en la primera parte de este libro, hemos intentado sintetizar de la forma más clara posible el «estado de la cuestión», procurando incorporar los datos más recientes pero haciendo, como es lógico, especial hincapié en aquellos que nos parecían contener elementos relevantes a la hora de diseñar programas de intervención.

En la segunda, que se centra más en los objetivos, principios y procedimientos de la intervención logopédica, hemos reunido nuestra propia experiencia a lo largo de estos últimos veinte años con la aportación de otros autores, intentando analizar todo este material a la luz de los modelos teóricos que consideramos actualmente más consistentes.

Una descripción de casos y una muestra de diversas producciones verbales de niños disfásicos completan la parte práctica porque hemos pensado que era la mejor forma de introducir aquello que se resiste de momento a la descripción sistemática y de humanizar de alguna manera las referencias excesivamente técnicas.

La tarea de explicar los niños disfásicos a nuestros alumnos de logopedia y el esfuerzo de redactar este libro nos han servido, sin duda, para entender un poco mejor nuestro trabajo diario con ellos; tenemos la esperanza de que cumpla el mismo papel en nuestros lectores.

PRIMERA PARTE
ASPECTOS TEÓRICOS
Y DESCRIPTIVOS



Editorial cepes

1. EL LABERINTO TERMINOLÓGICO

En pocos campos como éste se ha producido una confusión terminológica semejante, generada, en parte, por la ignorancia de los fenómenos subyacentes a una realidad que se puede observar, pero difícilmente entender y, por otra parte, por la diversidad de las disciplinas que se han dedicado al estudio de los niños con graves alteraciones del aprendizaje del lenguaje.

Los términos afasia y disfasia, desde un punto de vista puramente etimológico, no deberían plantear problemas: el prefijo -a- de afasia podría referirse a la ausencia, o casi ausencia, de capacidad lingüística, mientras que el prefijo -dis- quedaría asociado a un funcionamiento inadecuado.

Sin embargo, en realidad, la costumbre establecida hace que, por lo menos en Europa, la mayor parte de los profesionales, médicos y reeducadores, cuando hablan de «afasia infantil» están pensando en un trastorno adquirido (total o parcial) y, cuando utilizan el término «disfasia infantil» se están refiriendo a niños que, desde el principio, han presentado grandes dificultades de adquisición del lenguaje (incluyendo la casi mudéz).

Es una costumbre molesta, desde luego, porque la misma etiqueta va a reunir niños con cierta fluidez verbal, pero graves dificultades fonológicas y lexicales, niños cuya expresión verbal se limita a unas decenas de palabras y que son incapaces de formar frases, niños con una comprensión verbal nula, limitada o casi normal...

Algunos han propuesto la utilización sistemática de unos adjetivos para acompañar los términos afasia y disfasia: hablan de trastornos adquiridos cuando se producen después de un primer aprendizaje como consecuencia de una lesión adquirida, y hablan de trastornos congénitos o evolutivos («developmental» en inglés, y «développemental», en francés) para aquellas alteraciones presentes desde los mismos inicios del aprendizaje, sin sustrato noso-

lógico preciso a nivel neurológico (Wyke, 1978; Leblanc, 1982; Woods, 1985; Clahsen/ 1989, entre otros).

Los anglosajones, especialmente los norteamericanos, y salvo excepciones (Rapin, 1987), se han mostrado siempre reacios a la utilización de los términos «afasia» y «disfasia» fuera del ámbito de los trastornos provocados por lesiones neurológicas, porque suponían un reconocimiento implícito de una cierta semejanza etiológica entre ambos grupos, algo que no ha sido realmente probado.

Por eso, han preferido recurrir a fórmulas menos comprometedoras, como Specific Language Impairment (SLI, Leonard, 1987; Bishop, 1992, Déficit Específico del Lenguaje) o Developmental Language Disorders (DLD Rapin y Allen, 1983, Trastornos del Desarrollo del Lenguaje), en las cuales «Disorders» y «Specific» desempeñan el papel de diferenciador del Retraso Simple de Lenguaje que los europeos han encargado normalmente al término «disfasia».

Científicos franceses, como Launay (1972) habían iniciado esta línea cuando, por ejemplo, este autor titulaba un capítulo de su obra Trastornos graves de la elaboración del lenguaje.

Toda esta terminología sigue, sin embargo, agrupando niños con cuadros sintomatológicos extremadamente diversos que, a veces, sólo tienen en común la gravedad de los mismos y la lentitud de su evolución.

Han aparecido desde los años 20 diversas descripciones de cuadros más limitados, lo que permitía una descripción más precisa: la audiomudez idiopática por retraso de las funciones práxicas de Ley, en 1920, y la sordera verbal congénita de Worster-Drought y Allen, en 1929 son «clásicos» dentro de una lista inaugurada prácticamente por la alalia idiopática de Coen en 1888, seguida por los síndromes analizados en la escuela centroeuropea de Seeman, Froschels, Liebmann..., etc., como la audiomudez, la agnosia auditiva... (ver Seeman, 1965).

De allí surgieron los múltiples intentos de clasificación, entre los cuales tuvieron más resonancia los de Ajuriaguerra (1958, 1965), los de Quirós (1975, seguido por Schrager, 1992) y, más recientemente, los de Rapin y Allen (1983) y de Le Heuzay y otros (1990).

A lo largo de esta primera parte iremos analizando los distintos subgrupos, pero hemos querido dejar aquí, a modo de introducción, un cuadro que pretende reunir el conjunto de la terminología, intentando señalar a través de su colocación espacial, las posibles similitudes entre los diferentes términos utilizados.

Hay que señalar de todas formas, y volveremos a insistir en ello más tarde, que la mayor parte de estos cuadros carecen de fronteras precisas y se solapan con gran frecuencia.

Pero también es verdad que necesitamos fijar referencias en nuestro proceso de entendimiento de la realidad: he aquí las que han marcado los principales autores a lo largo de este siglo.

VERTIENTE EXPRESIVA		VERTIENTE RECEPTIVA Y EXPRESIVA			
Trastornos graves de la adquisición del lenguaje		Disfasias		Trastornos graves de la adquisición del lenguaje	
		Déficit Específico del Lenguaje (SLI) Trastornos del Desarrollo del Lenguaje (DLL)			
Afasia congénita expresiva		Disfasias		Afasia congénita mixta	
Audio-mudez Alalia		Disfasia		Audio-mudez sensorial y motriz	
		Sordera Verbal Congénita			
Audio-mudez dispráxica		Audio-mudez con trastornos de la organización temporal		Audio-mudez con problemas de percepción auditiva	
Dispraxia Verbal	Déficit fonético-sintáctico	Déficit de programación fonológica	Déficit léxico sintáctico	Déficit semántico pragmático	Agnosia verbal auditiva
				Disfasia mnésica	Disfasia receptiva

Los problemas de terminología tienen difícil solución a corto y medio plazo.

En realidad, depende básicamente de dos factores: la posibilidad de descubrir algún día la etiología precisa de los grandes síndromes por lo menos, y la elaboración de sistemas de evaluación y descripción internacionalmente aceptados en aspectos como la gramática y la pragmática.

Mientras tanto, los terapeutas seguiremos trabajando con lo existente: nuestra postura es que el «etiquetaje» de un caso en concreto no es asunto que deba preocuparnos en exceso en cuanto a nuestra práctica, porque creemos que es necesario construir un modelo individual del disfuncionamiento de cada niño.

Por lo tanto, se trata de elegir algún término que resulte útil a la hora de entendernos cuando compartimos datos y experiencias, a sabiendas de que nombrar algo, en este campo, no significa explicarlo.

La expresión «Déficit Específico del Lenguaje» es evidentemente la más flexible, pero no es tan «neutral», como puede parecer, porque incluye un concepto (el de la «especificidad») que constituye precisamente, como veremos, uno de los motivos principales de controversia.

El término «Disfasia», si aceptamos de antemano que no supone reconocer necesariamente una identidad etiológica con los trastornos adquiridos, tiene la ventaja de marcar una diferencia clara respecto a otros trastornos evolutivos menos graves, como el Retraso Simple del Lenguaje, diferencia que consideramos importante de cara a la intervención logopédica y educativa en general, incluso si admitimos que dicha diferenciación de naturaleza no resulta del todo clara.

Es, por lo tanto, desde un criterio de utilidad en la aplicación de estrategias de intervención que seguiremos utilizando el término genérico de «disfasia infantil» cuando el problema planteado no se refiera a ningún subgrupo en particular.

2. DEFINICIONES Y LÍMITES

2.1. La definición por exclusión

Hasta la fecha, los niños disfásicos y afásicos congénitos siguen constituyendo un grupo «a parte», que los especialistas aislamos de otros síndromes, porque, precisamente, carecemos de explicación para la presencia de trastornos tan importantes y tan duraderos.

Es lo que explica por qué la mayor parte de los autores utilizan un tipo de definición «por exclusión»: sabemos que una sordera, un trastorno neuromotor, una deficiencia mental profunda, una privación sensorial radical o un cuadro de alteración de la comunicación interpersonal, como el autismo, pueden provocar la ausencia de lenguaje o dificultar dramáticamente su adquisición.

Resulta que existe también un grupo de niños que presenta un cuadro similar, sin pertenecer a ninguna de estas categorías: esos son los niños afásicos o disfásicos.

Formulada definitivamente por Benton (1964), la definición por exclusión ha sido recogida por prácticamente todos los autores posteriores: sería una disfunción específica en el desarrollo de la expresión y/o la recepción del habla y del lenguaje, en ausencia de otras discapacidades que podrían considerarse como posibles causas, como una deficiencia auditiva, un déficit de las estructuras periféricas del habla, una deficiencia mental, un trastorno de la personalidad, una lesión cerebral o unos trastornos psicóticos.

La definición por exclusión plantea una serie de problemas a la hora de aplicarla a la realidad, y también levanta cuestiones de tipo más teórico.

Un hecho de evidencia (basta con recorrer centros de educación especial) señala que un determinado grupo de deficientes mentales, de sordos o de niños paráliticos cerebrales presentan unas dificultades de adquisición del lenguaje oral muy superiores a las que caben esperar de su condición, y que se registran en sus compañeros, a pesar de recibir el mismo tipo de atención pedagógica.

La definición por exclusión, a parte de no ser, como lo señala Belinchón (1997) teóricamente neutra porque refleja la aceptación expresa de una concepción *modular* del lenguaje, reconoce implícitamente que estos niños tienen «algo en común» ya que los agrupa y los diferencia de otros niños con deficiencias.

Ese «algo» no es una lesión evidenciable ni la falta de una estimulación exógena: por lo tanto, parece admitirse que la causa de las afasias y disfasias congénitas es fundamentalmente endógena, presente dentro del organismo de estos niños desde el principio de su desarrollo.

Se puede preguntar: «¿Por qué no puede ocurrir ese «algo» en un niño que, por otras razones, presenta también una deficiencia mental, una sordera, una ceguera, una parálisis cerebral o cualquier otro tipo de característica independiente?» De hecho/ la mayor parte de los casos más graves descritos en la literatura (audiomudez, sordera verbal) son niños con retrasos generales en su desarrollo.

Estas consideraciones han llevado a varios autores a modificar la definición por exclusión, en el sentido de indicar que el cuadro lingüístico no puede ser explicado por síndromes conocidos, incluso si están presentes en el sujeto.

Así, Bishop (1992) define el SLI como «**un fracaso del desarrollo normal del lenguaje que no puede explicarse en términos de deficiencia mental o física, de deficiencia auditiva, de trastorno emocional ni de privación ambiental**» (pág. 3).

La ausencia, en la definición por exclusión, de «signos positivos» de disfasia hace que la hipotética línea divisoria entre ésta y otras alteraciones evolutivas del lenguaje sea muy imprecisa y aparezca ligada más bien a una valoración cuantitativa en referencia al concepto de gravedad del síndrome, evidentemente difícil de precisar (¿en función de qué criterio decidir, por ejemplo, si un desfase cronológico en la aparición de ciertas pautas de lenguaje es leve, moderado, severo o grave?).

Las propuestas como las de considerar una o dos veces la desviación típica en los baremos de los tests o una determinada proporción entre la «edad lingüística» y la edad mental (por ejemplo, si la primera es inferior a los 2/3 de la segunda) tropiezan con dificultades metodológicas (la precisión relativa de los instrumentos de medida) y desacuerdos sobre el punto exacto donde situar la frontera.

Una primera postura frente a estos problemas consiste en adoptar la hipótesis de la continuidad de todos los trastornos evolutivos de la adquisición del lenguaje.

je, considerando que las diferencias entre los distintos cuadros son esencialmente cuantitativas y pueden deberse tanto a la importancia relativa en cada individuo del factor etiológico desconocido como a la coincidencia del déficit lingüístico con otros aspectos del desarrollo o del entorno social.

Gráficamente, esta postura estaría de acuerdo en una distribución longitudinal como la siguiente cuyo nombre genérico sería «Deficiencia del Lenguaje» (Language Impairment):

Retraso del Habla. Retraso del lenguaje. Disfasia expresiva. Disfasia mixta. Afasia expresiva. Afasia mixta.
--

La segunda postura, a partir del análisis comparativo de los síntomas y la existencia de ciertas anomalías del desarrollo que han podido ser descritas, postula que existe un corte esencial de naturaleza entre, por una parte, las dificultades ligeras que, en el fondo, no representan más que la distribución inferior lógica en cualquier proceso de comparación estadística de aptitudes o características humanas y, por otra, el impedimento provocado por un fallo estructural en los propios procesos de aprendizaje.

Esta frontera se situaría, en el gráfico anterior, entre el retraso del lenguaje y la disfasia expresiva.

Es un tipo de debate parecido al que existe entre los partidarios y los detractores de la diferenciación entre «malos lectores» y «disléxicos».

Evidentemente, para los partidarios de la discontinuidad (entre los cuales nos contamos), la definición por exclusión no es suficiente.

2.2. La definición por la evolución

La diferenciación de las afasias congénitas se plantea sobre todo respecto a la deficiencia mental (o a su influencia si existe, como suele ser el caso) o a cuadros de tipo psicótico u autístico: el contraste entre las aptitudes no verbales y la ausencia o casi ausencia de lenguaje constituye el factor dominante en el proceso de análisis.

La definición por exclusión sigue cumpliendo en estos casos un papel satisfactorio.

En el caso de las disfasias, donde se produce, aunque tardíamente y con graves trastornos, una adquisición «espontánea» del lenguaje, el problema principal se plantea frente a los cuadros de Retraso Simple de Lenguaje, sobre todo en el período preescolar (Bishop y Edmundson, 1987).

Una primera solución consiste en demorar, durante los primeros años, el diagnóstico diferencial y observar la evolución del niño más allá de los 7-8 años.

Se parte de la idea, muy generalizada, de que el Retraso Simple de Lenguaje se reduce con el tiempo y responde bien a la intervención logopédica: presenta su etapa de desfase mayor entre los 3 y 4 años, y luego va recuperando la normalidad.

Por el contrario, los niños disfásicos mostrarían una evolución muy lenta sin fase de recuperación rápida.

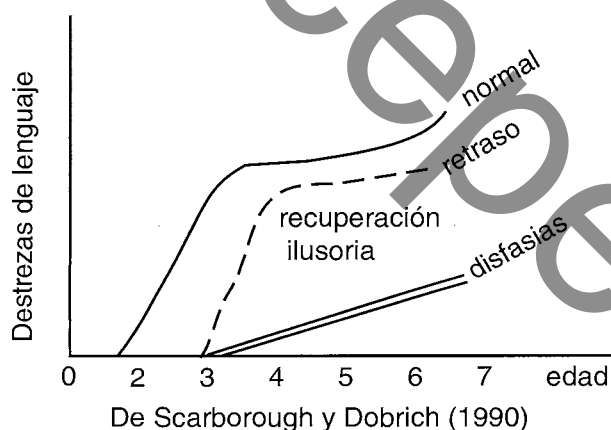
Sería, por lo tanto, el carácter duradero y su resistencia a la reeducación lo que permitiría distinguir la disfasia infantil.

Como se puede observar, sigue siendo una definición «por exclusión», salvo que se añade una categoría más a las que se enumeraban al principio.

El problema de esta postura es que estudios recientes de seguimiento de niños con retrasos de lenguaje más allá de la primera infancia, han llegado a la conclusión que esa recuperación es de alguna forma «ilusoria» (Scarborough y Dobrich, 1990): un alto porcentaje de estos niños sigue con dificultades, menos llamativas pero reales, en su desarrollo posterior del lenguaje y en aprendizajes escolares con implicación verbal, como la lecto-escritura o la enseñanza del segundo idioma (Aram y Hall, 1989).

Hecha esta salvedad, los datos empíricos muestran, sin embargo, una diferencia muy llamativa entre un grupo de niños cuya recuperación les acerca a la normalidad, tal como se entiende socialmente, y otro grupo cuya evolución, aunque positiva, se mantiene a un ritmo que no les permite, en general, dar saltos importantes, ni siquiera cuantitativos.

Recogiendo la imagen gráfica de Scarborough y Dóbrich (op. cit.) a propósito de los retrasos simples del lenguaje, podríamos añadir la línea-bpo de los niños disfásicos.



(Extraído de Scarborough y Dobrich, pág. 70; la línea de los niños disfásicos es nuestra.)

Finalmente, cabe recordar, como Curtiss y ot. (1992), que debemos evitar afirmaciones excesivamente rotundas, cuando numerosas cuestiones sobre la naturaleza del propio retraso están todavía sin contestar.

«¿Cuál es la pendiente de este retraso? Por ejemplo, ¿empieza de forma más abrupta y, luego, se suaviza? ¿O es al contrario? ¿O es regular a lo largo de todo el desarrollo?» (pág. 381.)

2.3. La definición por la especificidad

La definición anterior no aborda directamente el tema de los «signos positivos» de las afasias y disfasias infantiles, es decir, aquellos síntomas que no se limitan a la ausencia de adquisición, sino a la presencia de diferencias cualitativas.

Algunos autores han intentado aislar, dentro de los síntomas presentados por estos niños, elementos que les fueran propios, que no se encontrarán en otras patologías del lenguaje y que permitieran al mismo tiempo:

- La aplicación más fácil de un criterio diferencial precoz, demostrando que el niño «no sólo habla menos, sino que habla diferente».
- La construcción de un modelo explicativo del disfuncionamiento origen del trastorno de adquisición, partiendo de la idea de que la disfasia, como decía Ajuriaguerra, refleja verdaderamente una estructura particular que deriva hacia un marco lingüístico propio.

La mayor parte de los hallazgos a favor del lenguaje «desviante» de los disfásicos se centra en elementos gramaticales (Clashen, 1989; Grimm y Weinert, 1990; Gopnick, 1990; Deltour, 1992; Gavin et Klee, 1993), en la falta de sincronía entre, por ejemplo, el nivel léxico y el control de las estructuras sintácticas que éste necesita normalmente (Chiat e Hirson, 1987) o ciertas particularidades de la selección léxica (Kelly y Rice, 1994) pero sin ponerse de acuerdo hasta ahora ni sobre su caracterización ni sobre su naturaleza exacta.

El acento se pone, en general, sobre las dificultades expresivas en la formación de enunciados, especialmente en la utilización de nexos, de las flexiones de los verbos, de los pronombres y de ciertos determinantes o, incluso, en el orden de las palabras dentro de la frase, según las normas de cada idioma.

Esa especificidad de la producción verbal plantea varios problemas, aunque hay que reconocer que, en ciertos casos, se registran enunciados absolutamente

inclasificables sobre el eje del desarrollo normal, como lo veremos en la descripción de síntomas lingüísticos y en el estudio de casos.

En primer lugar, está la falta de acuerdo de los autores: por ejemplo, del estudio comparativo de niños italianos e ingleses emparejados con niños normales por su edad lingüística, Leonard y ot., 1987, concluyen que el desarrollo sintáctico de los niños disfásicos es simplemente retrasado y no desviante.

La consideración de algunos síntomas como signos positivos determinantes, es decir específicos del desarrollo de los niños disfásicos respecto al desarrollo normal o a la sintomatología de otros niños con retrasos simples es un tema actual de debate.

Se puede ver un buen ejemplo de ello en la revisión de King y Fletcher (1993) que se oponen a las conclusiones de Gopnik-Crago (1991) que habían definido un criterio selectivo de tipo sintáctico centrado en una deficiencia del uso adecuado de las características sintáctico-semánticas del lenguaje, como, por ejemplo, el significado de los marcadores de número y de género.

Bishop (1995) también, en su estudio de casos, registra la presencia simultánea de este tipo de marcadores en algunos enunciados de niños con SLI y su ausencia en otros, indicando también que estos niños parecen tener tantas dificultades para las formas regulares como para las formas irregulares.

Según ella, estos hechos no desmienten en sí la hipótesis de «feature deficit» de Gopnik y Crago; sin embargo, el fenómeno de surgeneralización de las formas regulares, presente en los niños que ella había estudiado, sí que sería un dato contradictorio con el modelo de estos autores.

Bishop se decanta más bien hacia un problema de actuación («performance») que de competencia, quizás a partir de una posible dificultad para llevar al mismo tiempo muchas operaciones simultáneas: «la dificultad podría estar en un tratamiento ralentizado del codificador gramatical que no funcionaría al mismo ritmo que el input proporcionado por el sistema de conceptualización de los mensajes o, quizás, en la influencia negativa de un material fonológico complejo sobre la formulación de la siguiente parte de un enunciado» (pág. 532).

Podrían existir, desde luego, diferencias en función de ciertas características de los idiomas como lo señala Lenormand (1993) (mayor importancia de la permutación del orden de las palabras, como en alemán, mayor importancia de las flexiones morfológicas, como en hebreo) pero, en el mismo caso del idioma alemán, Clahsen (1989) discrepa de Grimm y Weimer (1990) cuando dice haber observado alteraciones morfológicas, pero no dificultades en cuanto a la ordenación de las palabras en la frase, como afirman los segundos.

Siguiendo con el sistema de comparar la evolución en la adquisición de determinados contenidos de niños con SLI y de niños normales equiparados por edad de desarrollo lingüístico, varios investigadores contemporáneos (Johnson y Kamhi, 1984; Curtiss, Katz y Tallal, 1992; Moore, 1995 para los pronombres; Fee, 1995, para el desarrollo del sistema fonológico) concluyen en la similitud básica de las pautas evolutivas, apostando más por una perspectiva de retraso que de desviación: esa similitud en la evolución cuantitativa (por lo menos en las primeras etapas) es aún más sorprendente cuando se sabe que coincide con la presencia de anomalías neurológicas, perceptivas o cognitivas, que los mismos autores describen.

Oetting y Rice (1993) en una tarea de control del uso de los marcadores de plural, observan que las diferencias entre niños SLI y normales de la misma edad desaparecían cuando se les comparaba a niños normales más pequeños y de nivel similar en cuanto a la Longitud Media de Enunciados; sin embargo, señalan que el uso del plural parece influido en los niños SLI por la frecuencia de utilización de las palabras, lo que no se observa en el niño normal que generaliza muy rápidamente la regla al conjunto de su vocabulario: sería a lo mejor posible llegar a un mismo resultado verbal en superficie utilizando otras vías de aprendizaje y ciertas dificultades del tratamiento verbal en los disfásicos podrían no aparecer siempre de forma directa porque serían compensadas por la sobreutilización de otros mecanismos que el niño normal no necesita poner en funcionamiento.

En estas discrepancias, es probable que intervengan problemas metodológicos en la recogida de datos (no es lo mismo partir del habla espontánea que de tareas dirigidas), en la selección de los niños (recuérdese el laberinto terminológico y la falta de acuerdo en los criterios de definición) o en la propia interpretación de las muestras de lenguaje infantil.

Por ejemplo, hay actualmente una controversia muy interesante a propósito de la capacidad de los niños SLI en memoria a corto plazo: Van der Lely y Howard (1993) habían puesto en duda la idea de que estos niños presentaban un déficit de este tipo, volviendo a aplicar un experimento anterior de Gathercole y Baddeley (1990): éstos acaban de contestar (1995) señalando la importancia de las diferencias metodológicas entre su estudio original y la de Van der Lely y Howard, tanto en cuanto a la aplicación de las pruebas como en la selección de los niños.

En segundo lugar, es posible explicar la presencia de «anomalías» como la estructura aberrante de los enunciados o la falta de homogeneidad del léxico expresivo (uso de palabras «de su edad» que contrasta con la ausencia de palabras normalmente aprendidas precozmente por los niños normales) por la importancia del desfase entre el nivel lingüístico del niño y el nivel de desarrollo de otros factores y aptitudes que intervienen en los procesos de producción de lenguaje, como son la selección de intereses, la capacidad de construcción lógica o de memoria, el carácter más o menos global de la percepción en función de la edad...

Cuando un adolescente o un adulto aprende un segundo idioma, sus producciones iniciales no reflejan los modelos producidos por un niño nativo de 1 a 3 años: de hecho, emiten enunciados que pueden ser calificados de «anómalos», tanto desde el punto de vista léxico como desde el punto de vista morfo-sintáctico.

De esta manera, se podría decir que, a partir de un cierto grado de retraso, no hace falta recurrir a un concepto de estructuración «desviante» para explicar las posibles anomalías.

Es lo que comenta Badaf (1992) cuando se refiere a la coincidencia en un momento de la vida de un mismo individuo de niveles de desarrollo muy diferentes: el resultado de la utilización de un conjunto heterogéneo para una función de aprendizaje no puede producir resultados similares a los que originaría un organismo relativamente homogéneo.

Si se recoge la antigua distinción que hacía Chomsky entre aspectos «computacionales» y aspectos «conceptuales» del lenguaje, se podría entender este fenómeno de desfase con más claridad.

Los aspectos computacionales son aquellos que resultan menos sensibles al esfuerzo consciente de aprendizaje y son más dependientes del período crítico de adquisición y, posiblemente, de la aptitud innata de cada individuo: en general cubren la fonología y la morfo-sintaxis.

Los aspectos conceptuales, por lo contrario, son los más sensibles al análisis consciente, al esfuerzo de procesos cognitivos y son menos dependientes del período crítico: básicamente se trata de la semántica y de la pragmática.

Parece sin embargo que el niño pequeño tiende a tratar toda la información lingüística que recibe como si fuera computacional y aplica en su adquisición mecanismos eminentemente globales: poco a poco, sobre todo a partir de 4 años, empezaría a incorporar estrategias más conceptuales (que se reflejan, por ejemplo, en la aparición de las conductas de proto-metalenguaje).

Es probable que, en el niño disfásico, sean los aspectos y estrategias computacionales los que se encuentran más afectados; cuando su desarrollo cognitivo se lo permite, ese niño sigue intentando comunicarse pero aplicando a contenidos normalmente adquiridos de forma computacional unos modos de adquisición mucho más conceptuales (como lo hacemos los adultos a la hora de aprender un segundo idioma).

Esta concepción coincide por cierto con algunos modelos teóricos de la adquisición y del funcionamiento del lenguaje.

Según Gleitman (1990), cuando un sujeto intenta entender un mensaje, recurre al mismo tiempo a dos tipos de mecanismos de facilitación («Bootstratting»), según la situación.

El niño explora el entorno observable, buscando posibles candidatos al estatus de referente pero también existen indicios dentro de las propias estructuras del lenguaje, en un marco sub-categorial (especialmente en los verbos) y cuyo uso operativo depende de la perspectiva del emisor: el niño normal debería entonces poder ser sensible precozmente a esas diferencias intralingüísticas, *incluso si no son indispensables para la comprensión del mensaje*.

Parece en efecto, según ciertas experiencias de discriminación preferencial realizadas con niños muy pequeños de dos años y medio (Hirsch-Pasek, 1988, citados por Karmiloff-Smith, 1992) que estos bebés son capaces de distinguir entre frases cuya diferencia reside únicamente en la utilización de una simple preposición («con») o en la flexión de un verbo.

Si un niño no es capaz de realizar esas distinciones a esa edad, es probable que va a potenciar más otros datos, sobre todo los que le proporciona el entorno: de esta forma, se va a acostumbrar a aprender el lenguaje de una «manera distinta». Esta forma de ver la sintomatología disfásica como el resultado de una «historia», de una construcción, desviante como consecuencia más que por principio, se sitúa en la orientación de modelos como el de la Redescrípción Representacional de Karmiloff-Smith (1992) cuando afirma que el bebé es innatista pero que el niño es ya un lingüista constructivista: «el ambiente externo constituye la entrada sobre la que se centran los sesgos atencionales lingüísticos para formar y almacenar representaciones lingüísticamente pertinentes, pero son las redescrípciones de las representaciones internas las que sirven de base para el desarrollo posterior y para las teorías intuitivas que los niños crean espontáneamente sobre cómo funciona el sistema lingüístico» (pág. 73).

Para seguir su fórmula, el niño pasaría de tener «información *en* la mente» a poseer «conocimiento *para* la mente».

Subraya (lo que nos parece muy significativo para los casos de niños disfásicos) que el proceso de redescrípción representacional es en sí mismo un proceso de tipo general, no exclusivo del lenguaje, pero que opera en distintos momentos en cada dominio específico y se encuentra limitado por los contenidos y el nivel de explicitación de las representaciones en cada micro-dominio.

Así, el lenguaje *se hace* modular, cerrándose poco a poco a las influencias que no han sido redescríptas a partir de un determinado a priori innato.

Un modelo constructivista de este tipo nos parece muy capaz de explicar por un lado las desviaciones posibles de la adquisición del lenguaje (y su tremenda diversidad) y, al mismo tiempo, su resistencia a los métodos de simple estimulación, una vez superado el período crítico de aprendizaje.

En cuanto al valor de estas diferencias cualitativas para elaborar modelos explicativos de la disfasia y para definir subgrupos clínicos, lo trataremos más adelante, página 26.

Otro problema deriva del hecho de que la mayoría de los autores que han trabajado en la línea partidaria del carácter desviante del lenguaje disfásico han partido de una definición muy restrictiva de la disfasia para seleccionar su población, siguiendo así a Crystal (1972), que aconsejaba limitar esta denominación a aquellos «trastornos evolutivos acaecidos en el ámbito de la gramática y semántica» (pág. 205 de la edición española).

Por un lado, estamos aquí muy cerca del razonamiento circular y, por otro, no es una limitación aceptada actualmente: hoy en día, se incluyen dentro del conjunto de las disfasias cuadros donde los aspectos gramaticales no son necesariamente los más afectados, lo que le resta eficacia a una interpretación basada en esos elementos de especificidad.

El último aspecto de este tema se refiere al desfase del lenguaje respecto al resto de los niveles de desarrollo del niño, rasgo comúnmente citado a la hora de diferenciarlos de otros trastornos de la comunicación y del lenguaje, como los que derivan de una deficiencia mental o de alteraciones de la personalidad.

Sería negar toda la influencia del lenguaje sobre el conjunto del desarrollo cognitivo, afectivo y social del ser humano pensar que un niño sin lenguaje, o con un lenguaje muy perturbado, pudiera presentar una evolución armónica en estos aspectos.

Esto significa que la especificidad de las dificultades lingüísticas respecto a otras capacidades o aptitudes no es tan fácil de detectar al principio, y que conviene matizar este punto.

Incluso si se admite un cierto grado de modularidad del lenguaje, no parece legítimo generalizar dicha modularidad a todos los elementos y procesos que intervienen en el lenguaje hablado.

Muchos disfásicos presentan dificultades bastante parecidas cuando se les propone códigos diferentes como los signos o sistemas alternativos gráficos; por otro lado, algunos estudios muy precisos (como los Connel y Stone, 1992, y Stone y Connel, 1993, sobre las diferencias entre las respuestas de niños SLI al aprendizaje de morfemas según la técnica de aprendizaje) parecen mostrar que sus dificultades pueden situarse a un nivel que sería difícil de calificar de puramente lingüístico.

Más fácil, sin embargo, es diferenciar la calidad de las respuestas educativas: en un niño disfásico es posible obtener progresos relativamente rápidos en aque-

llas áreas cuyo retraso aparece como una consecuencia de la falta de lenguaje, progresos que contrastan con la lentitud de la recuperación lingüística.

Como conclusión de este apartado complejo, y situándonos desde la perspectiva del logopeda, podríamos decir que el lenguaje del disfásico, como fenómeno observable, nos aparece en la mayoría de los casos como atípico, pero es aún pronto para afirmar si esta desviación respecto a la norma refleja diferencias lingüísticas estructurales o constituye la consecuencia de la combinación de trastornos o disfunciones más generales (perspectivas y/o cognitivas) interfiriendo en la construcción interactiva del lenguaje por parte del sujeto con su entorno social que, a su vez, reaccionará a la presencia de las dificultades con ajustes que, también, intervendrán probablemente en la evolución.

2.4. Resumen

Seguimos esperando una definición aceptada por todos y operativa en la práctica pero, desde un punto de vista clínico, los tres enfoques presentados aquí (la exclusión «relativa», la evolución en el tiempo, la especificidad de los síntomas lingüísticos) aparecen como bastante complementarios, y su grado de aplicabilidad dependerá más de los casos que de su bondad intrínseca.

Parece claro que, si nos encontramos con niños pequeños, o cuya edad mental se sitúa entre los 2 y los 5 años, será necesario proceder por etapas, donde la observación de la evolución del niño irá confirmando o corrigiendo las primeras impresiones extraídas del método por exclusión.

En efecto, la búsqueda de rasgos específicos en el lenguaje de estos niños implica forzosamente que hayan desarrollado ya un nivel expresivo que permita registrar un «corpus» suficientemente rico como para proceder a un análisis detallado.

Podríamos preguntarnos si es necesario establecer este tipo de diferencias: ¿Por qué no limitarnos a evaluar de forma precisa los distintos componentes de la comprensión y de la expresión del niño y, a continuación, si se estima oportuno, elegir las estrategias y diseñar los programas de intervención adecuados? Podríamos así evitar posibles confusiones.

Frente a la precariedad de nuestros conocimientos es, desde luego, una postura que no carece de lógica.

Sin embargo, la gravedad del pronóstico general de las afasias y disfasias infantiles, sobre todo si se inscriben dentro de un conjunto de otras alteraciones, nos obliga a dos tipos de decisiones:

- Únicamente una intervención intensiva, precoz y de larga duración permite obtener mejorías significativas.

Aimard (1972) comenta con mucha claridad: «Únicamente aquellos niños que han recibido mucha reeducación, de forma precoz y prolongada, presentan una evolución notablemente favorable» (pág. 313).

- En los casos más graves, es preciso regular las expectativas de la familia y ayudarla a adaptarse a las necesidades comunicativas especiales del niño desde las edades más tempranas, no sólo para favorecer su evolución, sino también, y sobre todo, para evitar que reacciones inadecuadas empeoren el cuadro.

Es impensable seguir estas orientaciones con todos los casos que no se ajustan a la normalidad: incluso sería perjudicial en aquellos que sufren de un simple retraso evolutivo y para quienes deberíamos intentar intervenir de forma muy indirecta, respetando al máximo la naturalidad del proceso de adquisición.

Por lo tanto, la necesidad de separar del conjunto de niños con dificultades en la adquisición del lenguaje aquellos que van a requerir una intervención masiva no es un problema de etiqueta, es sencillamente un problema de eficacia.

Mientras no dispongamos de otro sistema, sigamos llamándoles, respectivamente, «niños con retraso de lenguaje» y «niños disfásicos»: el acierto de esas denominaciones es discutible; la necesidad de distinguirlos, en nuestra opinión, no lo es (ver Rutter y Mawhood, 1991).

Finalmente, como lo recuerdan Curtiss y ot. (1992), debemos reconocer que la cuestión retraso «versus» desviación es crucial, tanto desde el punto de vista teórico (sobre los procesos de adquisición del lenguaje) como práctico (selección de estrategias educativas).

Sin embargo, es probable que, en ambos casos, se produzcan frecuentes solapamientos debido a la naturaleza esencialmente social de la adquisición del lenguaje: sea cual sea el origen del trastorno, su evolución responderá a mecanismos de ajuste interactivo que guardan una gran similitud.

3. UNA CONCEPCIÓN INTERACTIVA DEL DESARROLLO PATOLÓGICO DEL LENGUAJE

Como lo hemos señalado en trabajos anteriores (Juárez y Monfort, 1989), el desarrollo patológico del lenguaje no puede limitarse a los elementos que constituyen su origen, por muy limitado y bien conocido que pueda ser, lo que no es precisamente el caso tratándose de afasia y disfasia congénitas.

Un trastorno de lenguaje no es sólo la consecuencia de una o varias causas, es el resultado de una historia.

En esta historia participan varios «personajes»: algunos pertenecen al propio sujeto, otros forman parte de su entorno social. Si el desarrollo normal del lenguaje depende de las aptitudes lingüísticas de un niño, pero también del resto de su capacidad y de la cantidad y calidad de la estimulación social, ¿cómo no va a ocurrir lo mismo cuando las aptitudes fallan?

No hace falta una larga demostración para entender que un niño con buena capacidad intelectual y un apoyo adecuado de la familia superará, por ejemplo, un déficit fonológico o semántico con mayor facilidad que otro niño que no puede contar con esas ayudas para ir compensando de forma natural o con ayuda de una intervención especializada las dificultades iniciales.

Es bastante habitual, por ejemplo, ver cómo ciertos niños con una capacidad limitadísima de expresión verbal consiguen mantener largas conversaciones con sus familiares, porque han desarrollado una rara aptitud para que los demás hablen en su lugar, anticipen, traduzcan, completen sus esbozos de palabras o de frases.

Sin embargo, otros que responden al mismo patrón patológico no consiguen a lo largo del día más que intercambios cortos, pegados a la solución de necesidades concretas.

Dentro de un enfoque interactivo (Wells, 1981, por ejemplo) vemos al niño y al adulto al mismo nivel de importancia, desempeñando papeles complementarios e interdependientes, donde el niño construye su conocimiento del lenguaje a partir del «input» que le proporciona su entorno y los estímulos que recibe para participar en intercambios conversacionales.

La presencia de alteraciones importantes en la adquisición de las conductas comunicativas y verbales provoca ciertas alteraciones en los ajustes parentales que han sido estudiados por varios autores, y sobre los que volveremos cuando comentemos el trabajo con las familias.

Estas modificaciones de las interacciones sociales no se limitan al entorno familiar: alcanzan al resto de los adultos (vecinos, profesores...) e, incluso, a la relación con otros niños de la misma edad que, como lo han mostrado Rice y ot. (1991 y 1993), Craig (1993) y Fujiki y ot. (1996) se muestran precozmente sensibles a las diferencias de habilidad comunicativa y lingüística de sus compañeros.

En la figura 2 hemos intentado representar gráficamente esa interdependencia de los múltiples factores que van a condicionar la aparición y el desarrollo de los síntomas comunicativos y lingüísticos de la disfasia infantil congénita.

Dentro del propio proceso de desarrollo interno del niño, coincidimos con lo que Gérard (1991) llama una concepción dinámica desviante de la disfasia en la cual

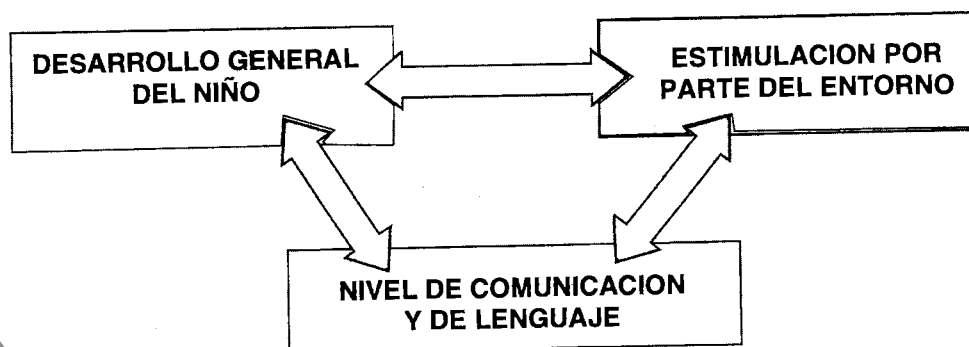


FIGURA 2

ciertos trastornos serían más bien la consecuencia de otros más estructurales, productos de una organización deficitaria: estos trastornos secundarios tendrían, a su vez, una repercusión negativa sobre los primarios.

Ese entramado complejo dificulta enormemente el establecimiento de relaciones de causa-efecto, sea a nivel neuropsicológico sea a nivel psicolingüístico.

En realidad, nos vamos a enfrentar a un mosaico de casos particulares, que las clasificaciones que presentamos a continuación no pueden reflejar en su tremenda variedad, aunque nos servirán para introducir el elemento de orden que cualquier proceso de reflexión necesita.

4. LOS SÍNTOMAS LINGÜÍSTICOS

Existe una cierta tradición en describir las dificultades de adquisición del lenguaje por parte de los niños disfásicos como si se tratara de un grupo homogéneo: se llega de esta manera a una larga lista de síntomas que, finalmente, se limita a enumerar todas las alteraciones posibles del aprendizaje de la fonología, de la semántica, de la sintaxis y de la pragmática.

Salvo casos extremadamente raros de fracaso completo, es evidente que estos síntomas no se encuentran todos reunidos en la mayor parte de los niños disfásicos ni están presentes con la misma frecuencia ni intensidad.

Una descripción indiscriminada no resultaría, por lo tanto, muy operativa: basarse únicamente sobre un criterio, cuantitativo por ejemplo, plantearía el problema de decidir qué «cantidad de diferencia» se consideraría significativa.

Para citar ejemplos recientes y coincidentes en las fechas, Montgomery y ot. (1990) recogen como criterio una diferencia igual o superior a dos veces la desviación típica en determinadas pruebas de lenguaje, mientras que Fujiki y ot. (1990), utilizando procedimientos similares (algunas pruebas se repiten, como el Peabody o el Carrow), se limitan a que sea superior a una desviación típica respecto al nivel medio previsto por los baremos de los tests de lenguaje.

Prather (1989) selecciona un grupo de niños «language-impaired» partiendo de que presentan una diferencia mayor a una desviación típica entre sus resultados al WPSI manipulativo y al WPSI verbal.

Por esta razón surgieron distintos intentos de clasificación en subgrupos para permitir una descripción sintomatológica más precisa.

A pesar de la presentación de algunos de sus creadores, estas divisiones no deben interpretarse todavía como el reflejo de diferencias etiológicas esenciales que podríamos intuir bajo las manifestaciones exteriores: de hecho, sus fronteras son todavía imprecisas y, la mayor parte de las veces, cuando analizamos un caso concreto, resulta que no encaja perfectamente con ninguno de los paradigmas descritos en la literatura.

No es algo que deba extrañar, por otra parte, si recordamos lo que hemos comentado en el capítulo anterior.

Sin embargo, tienen la ventaja de sintetizar en una denominación relativamente corta un conjunto de síntomas que afectan la comunicación y el lenguaje y que definen el estado que puede presentar un niño disfásico en un determinado momento de su vida.

De hecho, cuando se siguen casos de forma longitudinal, se puede observar cómo pasan de una determinada categoría (en la que se les incluyó a los 5-6 años) a otra vecina (cuando cumplen 10 ó 12).

Hemos reunido aquí cuatro propuestas de clasificaciones para que los lectores puedan compararlas; entre todas creemos que cubren el amplio abanico de casuística que vamos a encontrar.

Se diferencian en muchos aspectos, y no sólo en las fechas de su elaboración pero creemos que resulta también interesante para el clínico poder observar el camino recorrido y juzgar por sí mismo de la pertinencia de ciertas apreciaciones.

J. de Ajuriaguerra (1958, 1965, 1973).

Audio-mudez a forma dispráxica: Aunque la comprensión se mantenga relativamente normal, el vocabulario expresivo es muy limitado, el discurso es agramático, la pronunciación es imprecisa, y las palabras están deformadas.

Audio-mudez con trastornos prevalentes de la organización temporal: Es una forma parecida al anterior, pero con un mejor desarrollo de la abstracción a nivel espacial .

Audio-mudez con problemas complejos de percepción auditiva: Estos niños presentan una enorme dificultad en percibir la organización fonémica del habla: su comprensión es nula o muy reducida, así como su expresión.

Disfasias: Trastornos de la recepción y del análisis del material audio-verbal, desórdenes en la construcción de los elementos sintácticos y en las relaciones lexicales, con bastante homogeneidad de nivel entre los aspectos de comprensión-realización y soporte semántico.

Estos cuatro subgrupos se combinan con una apreciación «funcional» revisada y ampliada por Dubois (1978).

- Prolijo + : El niño habla mucho, con muchas ideas pertinentes.
- Prolijo — : También habla mucho, pero se evade de la situación inicialmente propuesta.
- Parco + : El niño habla poco, pero con pertinencia informativa.
- Parco — : Habla poco y su lenguaje resulta poco operativo.

De Quirós, 1975, revisado por Schraeger, 1992.

El enfoque de estos autores combina el reagrupamiento de cuadros sintomáticos del lenguaje con otros datos del desarrollo, dentro de una perspectiva neuropsicológica.

Hemos retenido aquí los aspectos de lenguaje.

Síndrome disfásico: importante alteración de la comprensión y, por lo tanto, de la expresión .

Síndrome apraxiognóstico: dificultades en el habla, con hiperactividad y trastornos de la orientación espacial y temporal.

Síndrome centro-diencefálico: combinaciones variables de trastornos de comprensión y expresión.

Síndrome de perturbación perceptivo-discriminativa auditiva: dificultades en la percepción-discriminación auditiva no-verbal y verbal, con los consiguientes trastornos de la comprensión y del habla.

Síndrome de perturbaciones perceptivo-discriminativas visuales: Trastornos cognoscitivos consiguientes (espacio, tiempo, ritmo, coordinación visomotora...).

Síndromes tónico-posturales: Dificultades de habla de tipo dispráxico.

Rapin y Allen, 1983.

- Agnosia verbal auditiva:** El sujeto no entiende el lenguaje, aunque puede comunicar con gestos naturales, y su expresión es nula o casi nula, incluso en repetición: es un cuadro asimilable a los descritos bajo las denominaciones de afasia congénita mixta o sordera verbal.
- Dispraxia verbal (*):** El sujeto presenta una comprensión normal, o casi normal, pero con enormes dificultades en la organización articulatoria de los fonemas y de las palabras. Afecta también la prosodia. Los enunciados se limitan a una o dos palabras, difícilmente inteligibles. No mejoran apenas en tareas de repetición. En su límite extremo, el sujeto es completamente mudo: en ese caso sería asimilable a los cuadros de afasia congénita expresiva o audio-mudez dispráxica.
- Déficit de programación fonológica:** Como en el anterior, la comprensión es relativamente normal pero, en este caso, existe una cierta fluidez de producción, aunque con muy poca claridad, lo que hace casi ininteligible a estos niños. Es notable la mejoría de calidad articulatoria en tareas de repetición de elementos aislados (sílabas, palabras cortas) que no se observa cuando se trata de palabras largas o frases.
- Déficit fonológico-sintáctico:** Corresponde al cuadro clásicamente descrito como «disfasia»: estos sujetos tienen una mejor comprensión que expresión, pero les cuesta entender cuando el enunciado es largo, incluye estructuras complejas, resulta ambiguo, se presenta descontextualizado o, simplemente, se emite con rapidez. En expresión, destacan sus dificultades de articulación, de fluidez y, sobre todo, de aprendizaje y uso de nexos y marcadores morfológicos. En algunos casos, la propia formación secuencial de los enunciados resulta laboriosa.
- Déficit léxico-sintáctico:** Dentro del retraso, van superando sus alteraciones de pronunciación, pero presentan grandes dificultades de evocación y estabilidad del léxico. La comprensión de palabras sueltas puede ser normal, o casi normal, pero no así la de frases. Se registra una abundancia de «muletillas», interrupciones, parafasias, perífrasis y reformulaciones, dentro de una gran dificultad para mantener el orden secuencial y utilizar correctamente los marcadores morfológicos cuando tienen que expresar enunciados más complejos que los simples diálogos cotidianos.
- Déficit semántico-pragmático:** En este caso, el sujeto puede presentar un desarrollo inicial del lenguaje dentro de límites relativamente normales y carecer de problemas importantes de habla. Sus enunciados también pueden aparecer como bien estructurados. Sin embargo, sufren grandes dificultades de comprensión, llegando al caso de que su nivel expresivo sea superior al comprensivo. Sobre todo, destaca la falta de adaptación de su lenguaje al entorno interactivo: los ajustes pragmáticos a la situación o al interlocutor son deficientes, la coherencia temática inestable y puede existir ecolalia o perseveraciones.

(*) Algunos autores, sobre todo ingleses (Stackhouse, 1992), utilizan este término para referirse a un cuadro limitado a trastornos de habla.

EN *El niño que habla*, Marc Monfort y Adoración Juárez abordaron la intervención pedagógica en el desarrollo normal del lenguaje oral.

SIGUIERON su reflexión metodológica en *Estimulación del lenguaje oral*, ofreciendo un modelo aplicable a los niños con dificultades.

EN esta tercera obra se centran en una patología especialmente grave como es la disfasia, donde se pueden observar las alteraciones más específicas y donde se ponen a prueba la eficacia de los métodos logopédicos.

DESPUÉS de una primera parte que recoge los trabajos de investigación más recientes, se presenta el esquema básico de la intervención, ilustrado con la descripción de casos clínicos y con ejemplos de producción lingüística característicos de las distintas formas que adopta este trastorno de las propias estructuras del aprendizaje del lenguaje.



COLECCIÓN

LENGUAJE Y COMUNICACIÓN

1

ISBN: 978-84-7869-120-3



9 788478 691203