



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 30 – MAYO DE 2010

“DISFASIA: POR UNA IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO EFICAZ”

AUTORÍA DIANA MACARENA NAVAS PACHECO
TEMÁTICA DISFASIA Y OTRAS ALTERACIONES DEL LENGUAJE
ETAPA EI, EP

Resumen

Una reflexión sobre el contraste teoría-práctica en el terreno de la disfasia, fruto de mi propia experiencia, una propuesta de indicadores muy claros a la hora de identificarla; y de metodologías originales a la hora de abordar la reeducación, altamente motivantes.

Palabras clave

Concepto, clasificación, evaluación, criterios, preguntas, práctica



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 30 – MAYO DE 2010

1.1. Clarificación conceptual

Si bien el término de Trastorno Específico del Lenguaje ha ido desplazando progresivamente al otro más clásico de Disfasia, a lo largo del presente artículo emplearemos, por ser más conocido esta última acepción.

Autores como Launay (1975), Cristal (1983) y Johnston(1988) han aplicado este término a sus investigaciones, pero el avance más esclarecedor, y lo avalo con mi experiencia en un Equipo de Orientación educativa, es la delimitación taxonómica que proponen Rapin y Allen (1983, 1987), que diferencian seis

subgrupos:

-Agnosia verbal auditiva: No hay comprensión del lenguaje, sí de los gestos.

-Dispraxia verbal: Los niños tienen problemas en el flujo articulatorio, requiriendo una gran esfuerzo para conseguir poca fluidez.

-Déficit de programación fonológica. Procesos de simplificación y asimilación fonológica sin base orofacial que dan lugar a un habla fluida pero escasamente inteligible.

-Déficit fonológico-sintáctico.

-Déficit léxico-sintáctico.

-Déficit semántico-pragmático. No responden adecuadamente en los intercambios comunicativos, cayendo en ocasiones en la ecolalia y el lenguaje estereotipado. (No se debe confundir con autismo: los autistas sí presentan este déficit, pero obviamente un alumno/a puede presentar este diagnóstico y no pertenecer al espectro autista ni muchísimo menos).

Esta clasificación con base clínica en la práctica es muy operativa, pues la disfasia no constituye una categoría con categorización global, sino que se trata de un conglomerado de subcategorías, con factores causales diferentes,

con lo que nos enfrentaríamos a una serie de trastornos heterogéneos, ante los cuales no es viable una plan de intervención “enlatado” o “copiado” de algún manual. Si bien hay libros que destacan por su



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 30 – MAYO DE 2010

practicidad (*Calidad en intervención logopédica; Casos clínicos* de Puyuelo y Monfort y Juárez, A. (1988) *Estimulación del lenguaje oral: un modelo interactivo para niños con dificultades*. Madrid: Santillana. que nos pueden servir de inspiración para que programemos situaciones funcionales que permitan al niño/a apropiarse de los elementos lingüísticos que les resulten más complejos,

Siempre debemos concebir nuestro plan de acción de una manera altamente individualizada, y permanentemente sometido a revisiones, ajustes y modificaciones, por varios motivos:

-Por la propia complejidad de los procesos cognitivos subyacentes al lenguaje; -Porque suelen concurrir problemas de procesamiento del lenguaje, de abstracción de la información significativa para almacenamiento y recuperación, estructuración espacio-temporal, etc;

-Porque la disfasia, dependiendo del caso, afecta diferencialmente, a los componentes fonológico, morfológico, semántico, sintáctico o pragmático del sistema lingüístico, incardinados en la doble vertiente expresiva-comprensiva: recordemos que cabe distinguir entre disfasia expresiva-motora, receptiva-sensorial o mixta.

1.2 Cuestiones

Una vez clarificado el concepto y los criterios que permiten su identificación en la práctica con diferentes estrategias, profundizaremos en el ámbito de la evaluación. En este terreno, las preguntas más frecuentes cuya respuesta ha sido caballo de batalla entre mis compañeros/as son:

¿Cómo saber cuándo se trata de retraso simple del lenguaje y cuándo es disfasia –sobre todo en edades tempranas-?

¿Un/a niño/a con retraso mental puede llevar asociada disfasia?

¿Se puede trabajar con contenidos y actividades pensadas inicialmente para otra tipo de trastornos, como autismo, síndrome de Down, síndrome de Williams?

Según Gallardo y Ruiz (1993) es a partir de los seis años, en caso de no haber mejorado tras la intervención se debería considerar como disfasia. Pero para responder a la primera pregunta, me



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 30 – MAYO DE 2010

referiré a autores que han permitido que el avance hacia una metodología funcional e interactiva sea más patente:

Bishop y Rosenbloom (1987). Como norma general, los niños que no hablan a los tres años y sólo emiten frases de dos palabras o incluso sólo holofrases a los 4 años, aunque reciban un tratamiento adaptado y global de calidad, arrastrarán algún tipo de déficit lingüístico en edades posteriores. Y es que la disfasia se caracteriza por la perdurabilidad en el tiempo y la resistencia al tratamiento. En el caso del retraso simple del lenguaje, el ritmo de progreso del lenguaje evolucionan de forma significativa, sobre todo a la edad de 5 años.

A la hora de evaluar estos niños/as tan pequeños, que pueden mostrarse reacios a colaborar con nosotros e incluso a separarse del grupo-clase, recurrir

a las listas de control con la consiguiente colaboración estrecha del tutor/a y de los padres, puede ser una solución válida para distinguir la inmadurez de la desviación. Destacamos el LSD (Language Developmental Surgey) de Rescorla (1989), el CCC (Children's Communication Checklist) de Bishop (1998), el CDI (Mac Arthur Communicative Development Inventories de Fenson y col., 1993), así como las aportadas por la Guía Portage y el Veo, Comprendo y Hablo.

En edades superiores, la Prueba del Lenguaje Oral de Navarra nos puede ser muy útil. Así, un niño/a con 6-7 años que no resuelve tareas de tercio excluso, ni de categorías, ni de opuestos, ni es capaz de describir una lámina, no es capaz de comprender frases subordinadas, a la hora de completar frases (tareas tipo cloze) no usa los marcadores gramaticales de número, género o tiempo, o los usa incorrectamente; presentará un trastorno expresivo comprensivo o mixto. Este criterio se puede aplicar a edades superiores, si bien bastará con que el niño/a no supere la mitad de los ítems. Esta prueba se puede complementar, para ubicar el déficit en una de las seis subcategorías que proponían Rapin y Allen (1983, 1987), con pruebas como el TSA, el BLOC y con análisis de muestras de habla.

Según Bishop, este último es el principal método de observación para identificar las características más críticas en contextos naturales, surgiendo como alternativa a las muchas limitaciones que tienen los tests estandarizados, usándose para identificar deterioros del lenguaje y como complemento para concretar áreas específicas de déficit o para determinar mateas de tratamiento.

En el caso de la segunda pregunta, la respuesta variará según nos acojamos a criterios de exclusión, especificidad o discrepancia. Stark y Tallal (1981) marcaron una serie de criterios mínimos para diagnosticar por exclusión.

El niño/a no debía tener pérdida auditiva, ni problemas conductuales severos o de ajuste familiar, déficit intelectual o alteración neurológica. Esta acotación supuso un avance muy importante en el ámbito de la investigación, porque posibilitaron que en trabajos posteriores se siguieran unas normas de selección de la población lo más similares posibles.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 30 – MAYO DE 2010

Sin embargo, en la práctica educativa, es más operativo y realista apostar por criterios de discrepancia, también aportados por Stark y Tallal (1981), son los siguientes:

- al menos 12 meses de diferencia entre edad mental no verbal y edad de lenguaje expresivo.
- Al menos 6 meses de diferencia entre edad mental y edad de lenguaje comprensivo.
- al menos 12 meses de diferencia entre edad mental y una puntuación de edad lingüística compuesta.

Una vez realizada esta puntualización, la respuesta a la segunda pregunta es afirmativa. No se puede afirmar que no sea posible la coexistencia de la disfasia con otros trastornos de tipo cognitivo, auditivo, neurológico o motor.

Se ha investigado la relación entre procesamiento perceptivo y TEL encontrándose una dificultad de estos niños para diferenciar sonidos de corta duración y secuencia rápida. Los TEL también están enlentecidos en tareas de denominación, evocación de palabras y en tareas no lingüísticas. (Mendoza, 2001) Se han relacionado también los trastornos del lenguaje con memoria. Se ha visto que los niños TEL presentan problemas a nivel de memoria de trabajo que es una parte de la memoria a corto plazo que está involucrada en el procesamiento y almacenamiento temporal de la información. Baddeley y Hitch (1974) sugieren que la memoria de trabajo juega un papel importante en el soporte un rango amplio de actividades cognitivas diarias entre las que se encuentra el lenguaje (Gathercole y Baddeley, 1993). La relación existente entre memoria de trabajo y lenguaje se ve confinada a la asunción de la necesidad de procesar la información lingüística entrante y almacenarlas durante un espacio de tiempo para poder enfrentarse con éxito a la entrada lingüística y así llegar a una correcta comprensión. Un fallo en este sistema ya sea de almacenamiento o procesamiento de la información lingüística. En un intento de aclarar en que medida se ve afectada la memoria de trabajo en niños TEL, se han venido haciendo estudios. El procesamiento fonológico en MCP en niños TEL se investigó comparando la ejecución en recuerdo inmediato de palabras no relacionadas y similares fonológicamente. TEL no muestran de hecho problemas en el componente viso- espacial de la memoria de trabajo (MT). El siguiente estudio que voy a presentar pretende examinar si la relación entre el lenguaje y memoria se extiende a través de los dominios del procesamiento del componente viso espacial de la MT. Esta hipótesis predecía que si las salidas fonológicas estuvieran interviniendo en el proceso de producción del habla se debería encontrar una relación más débil entre las medidas del lenguaje y la carga de memoria visual evaluadas con no- habla, que con un proceso de recuerdo hablado. Y por último, se verá si la relación entre el lenguaje y memoria a corto plazo se extiende más allá de la retención de la información verbal, es decir, a la información viso- espacial. Las habilidades del lenguaje y las habilidades de memoria viso- espacial a corto plazo y la ejecución de la memoria fonológica. Pero es más probable que ellos también tengan que generar una interpretación lingüística de cada dibujo, almacenar cada una de estas representaciones y luego comparar cada representación de la frase entrante antes de dar una respuesta. Estos requerimientos de procesamiento adicional debe no solo exigir de los recursos de MT funcional sino también de sus capacidades de procesamiento general.



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 30 – MAYO DE 2010

Dentro de la MCP los niños TEL presentan problemas a nivel de MT que está involucrada en el procesamiento y almacenamiento temporal de la información. Los TEL tienen una capacidad de almacenamiento simple y habilidad para coordinar almacenamiento y procesamiento pero ante demandas elevadas en las tareas lingüísticas se produce un desajuste entre almacenamiento y procesamiento. Se ha visto, que los niños TEL difieren de sus iguales en capacidad de retención y generación, son lentos en el registro de información lingüística en MCP y están deteriorados en repetición de pseudopalabras que es una buena tarea para detectar TEL (MT fonológica la modalidad de entrada o output).

En relación con la segunda cuestión, añadiré que hace unos años se pensaba que si algunos niños con síndrome de Down mostraban conductas autistas, se debía simplemente a que sus conductas eran secundarias a un retraso mental profundo o severo. Nos damos cuenta ahora de que los niños con síndrome de Down pueden tener un auténtico trastorno con espectro autista y de que este problema no es raro. Se ha escrito poco sobre el diagnóstico dual de síndrome de Down y trastorno con espectro autista (SD-TEA), de modo que existen pocos casos hasta ahora descritos en la literatura. Es frecuente que los profesionales se resistan a diagnosticar a un niño que tiene síndrome de Down con un segundo y serio trastorno del desarrollo como es el trastorno con espectro autista. Muchos creen que las conductas y el desarrollo atípico del lenguaje tienen relación con el retraso mental de grado severo o profundo que puede ser propio del síndrome de Down, o creen que “protegen a los padres” ocultándoles ese segundo diagnóstico. En nuestra experiencia, la mayoría de los niños con síndrome de Down que vemos con trastorno de espectro autista no tienen retraso mental severo o profundo sino que funcionan en el nivel moderado a severo de retraso cognitivo. Además, los padres sienten alivio cuando por fin se les proporciona un diagnóstico que les ayuda a comprender las diferencias de su hijo. Y les abre la puerta para investigar y obtener servicios apropiados de información. Es importante que la comunidad médica cobre mayor conciencia y comprenda mejor la existencia de este doble diagnóstico. Al disponer de más información, dejaremos de discutir sobre su incidencia y nos concentraremos sobre cuáles son las intervenciones médicas y educativas más eficaces. Por ejemplo, hay trabajos que indican que en los niños con autismo es mayor la incidencia de crisis y de alteraciones EEG. Actualmente se recomienda que se haga un estudio prolongado de EEG (23 horas), especialmente en los niños con pérdida o regresión del lenguaje. El estudio EEG indicará si existen crisis y si es preciso asociar una medicación antiepiléptica, porque si las hay, la medicación puede mejorar la conducta y el lenguaje. Téngase presente que la incidencia de epilepsia es algo mayor en los niños con síndrome de Down (5-10%), y que la asociación entre autismo y epilepsia es también alta (7-40%). El estudio prolongado de 23 horas que incluya horas de sueño tiene mayor valor que un estudio estándar, y por tanto debe hacerse también si se sospecha el diagnóstico dual en un niño con síndrome de Down. En resumen, saber reconocer y diagnosticar precozmente el trastorno de espectro autista en un niño con síndrome de Down tiene importantes consecuencias: la familia entenderá las necesidades de su hijo en relación con las intervenciones terapéuticas y educativas, y verá la necesidad de que se le evalúe y, si es necesario, se le trate médicamente. Este síndrome fue descrito por primera vez en el año 1961 por el Dr. J.C.P. Williams, médico cardiólogo neozelandés que informó de un cuadro clínico complejo, cuyos síntomas más destacados consistían en un retraso general en el desarrollo mental, una expresión característica de la cara y un defecto coronario de nacimiento, científicos es conocido en



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 30 – MAYO DE 2010

Europa a veces como síndrome de Beuren o síndrome de Williams-Beuren, aunque se conoce cada vez más como síndrome de Williams. Los síntomas del síndrome son un conjunto de patologías médicas específicas, trastornos psicológicos y signos externos, que se manifiestan durante el desarrollo del individuo, por lo general no antes de los 2 ó 3 años de vida del mismo, y que no siempre confluyen todos juntos en la misma persona. La dificultad en comprender el estado mental de sus interlocutores (empatía) ha sido puesta en relación con el autismo. Sin embargo las personas con el síndrome de Williams por lo general poseen habilidades sociales muy buenas. De hecho Temple Grandin, autora de *Pensar con imágenes: mi vida con el autismo*, ha afirmado que las anomalías en el cerebro de quienes padecen este síndrome son contrarias a las del autismo.

Por último, me gustaría hacerlos reflexionar sobre una combinación altamente lúdica, sorprendente y motivadora que se me ocurrió recientemente, basada en el juego, en la expresión corporal, en la magia. A partir de esta estrategia se pueden idear mil situaciones diferentes para elicitación de lenguaje. Es en sí misma excusa para plantear objetivos terapéuticos y refuerzo inmejorable, que surgió a raíz del planteamiento de uno de los retos más difíciles con que nos encontramos los logopedas en la creación continua de situaciones naturales en el caso de alumnado con ausencia (agnosia verbal), o significativa alteración del lenguaje funcional (en este caso, ya estamos dando respuesta a la tercera pregunta: tanto autistas, como síndrome de Down, como disfásicos, en cuanto presentan esta alteración son susceptibles de trabajar contenidos y/o actividades comunes). En este sentido, hacer una metodología ecléctica basada en el clown, (asociación auditivo-visual, expresión corporal y facial, pragmática) el uso de onomatopeyas con carga semántica (discriminación de las cualidades del sonido, localización de la fuente sonora), la magia (memoria visual y auditiva, identificación de absurdos, percepción visual y auditiva) y el sentido del humor es una fórmula explosiva que nos va a permitir conectar con nuestro alumnado, sorprenderle, y lo que es más importante, crear situaciones privilegiadas de comunicación con refuerzos de lo más estimulante en infinitas variaciones.

Por otra parte, y en la línea de la tercera cuestión, el proyecto S.C.O.U.T. ideado inicialmente para alumnado con espectro autista, se está empleando para otras alteraciones que presentan déficits muy serios en lenguaje expresivo, con apoyo de soportes como videoconsolas. Se trata de la creación de un entorno inmersivo para autismo que ayude a la realización de actividades cotidianas entrenando en el orden de las tareas y la repetición, ayudados por un agente animado. El comunicador es diseñado utilizando otro sistema informático llamado creador o generador de plantillas que aún no está disponible para su descarga.

El programa simula las plantillas de pictogramas que se utilizan de forma manual. Muestra imágenes con o sin texto que emiten sonidos al ser pulsadas sobre la pantalla táctil, lo que también ocasiona en muchos casos que se muestren nuevas plantillas asociadas, para que el niño siga pulsando (ver figura 1). A este tipo de sistemas se les denomina hipermedia porque muestran información multimedia (imágenes que pueden ser dibujos, fotografías o pictogramas junto con texto y sonidos), y además proporcionan enlaces entre plantillas, lo cual permite “navegar” a través de la información siguiendo enlaces establecidos, de la misma forma que la de las páginas web.

La principal ventaja del programa que ofrecemos es que se hace a medida para cada persona, incluyendo éste las fotografías, pictogramas o dibujos con las que el usuario está familiarizado, en el



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 Nº 30 – MAYO DE 2010

orden y con la estructura de enlaces que se desee. Además, también pueden personalizarse los sonidos que se escuchan y el tiempo de presentación de las imágenes, un conjunto de plantillas enlazadas y relacionadas se les denomina escenario y representan la información relativa a una acción o lugar de la vida real del niño, mostrando los conceptos que el niño conoce. Para cada niño se crean los escenarios que necesite y se insertan en ellos los componentes o actividades específicos para él. La figura 2 muestra varias plantillas correspondientes a un escenario que llamamos *desayuno* (representamos los enlaces entre ellas mediante flechas).

Cuando el niño selecciona un componente de una plantilla, está diciendo lo que quiere. Sus educadores pueden verlo y oírlo, haciendo un seguimiento de todos los componentes que haya seleccionado, facilitando así la comunicación. Los elementos que intervienen en el comunicador y que son imágenes, sonidos, enlaces, construcción y repetición de frases, precondiciones, postcondiciones, atajos, refuerzos y secuencia. Una vez que el niño utiliza el comunicador puede surgir la necesidad de cambiarlo para que se adapte mejor al niño. Los motivos pueden deberse al progreso del niño, a cambios en su comportamiento (por ejemplo, el niño se enfurece ante la visión de determinada imagen), en su perfil (maneja el comunicador con más soltura), en su entorno, que impliquen adaptar los escenarios y las plantillas, etc. Es muy importante que el educador observe las reacciones del niño ante el comunicador, para poder ajustarlo lo mejor posible, hacerlo lo más atractivo y agradable posible y evitar reacciones adversas por parte del niño.

Para concluir, destacaré que en estas cuestiones que a diario me planteo en la práctica de mi trabajo con alumnos con disfasia lo más interesante es que no hay reglas fijas y que, si nos mantenemos en una actitud dinámica y abierta, podremos permanecer en un proceso constante de aprendizaje.

Aguado, G. (1995) "Estrategias para la intervención en los retrasos del lenguaje". En M.Monfort (ed), *Enseñar a hablar*. Madrid: CEPE

Gallego Ortega, J.L. (1999) *Calidad en la intervención logopédica: estudio de casos*. Archidona: Aljibe

Launay, C. y Borel-Maisonny, S. (1975) *Los trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona, Toray-Masson

Monfort, M. y Juárez, A. (1993) *Los niños disfásicos. Descripción y tratamiento*.

Madrid: CEPE.

Puyuelo San Clemente, M. (2007) *Casos clínicos en logopedia*. Barcelona: Masson

Rapin, I. y Allen, D.A. (1983) "Developmental language disorders: Nosologic considerations". En U. Kirk (ed.), *Neuropsychology of language, reading and spelling*. Nueva York: Academic Press



ISSN 1988-6047 DEP. LEGAL: GR 2922/2007 N° 30 – MAYO DE 2010

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

www.espaciologopedico.com

www.scaut.ugr.es/index.php?option=com_content-task=view-id=20&Itemid=2