

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La Disfasia desde el enfoque de la Comunicación

Dysphasia from the communication perspective

Nely del Milagro Puebla Caballero,^I Déborah Magalys López Salas,^{II} Antonio Hernández Vidal,^{III} Luisa Martha Cisneros Artola.^{IV}

- I. Máster Psicología Clínica, Licenciada en Defectología, Especialidad Logopedia, Profesora Asistente. Facultad de Tecnología de la Salud Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Logofonoaudiología. Avenida Madame Curie, Camagüey, Cuba. CP 70700 nelyp@finlay.cmw.sld.cu
- II. Máster en Pedagogía Especial, Licenciada en Defectología, Especialidad Logopedia, Profesora Asistente. Facultad de Tecnología de la Salud Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Logofonoaudiología. Avenida Madame Curie, Camagüey, Cuba. CP 70700 debor@finlay.cmw.sld.cu
- III. Doctor en Logopedia y foniatría, Especialista de Primer Grado, Máster en Rehabilitación Especial, Profesor Asistente. Facultad de Tecnología de la Salud Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Logofonoaudiología. Avenida Madame Curie. Camagüey, Cuba. CP 70700 tony@finlay.cmw.sld.cu
- IV. Máster en Educación Superior, Licenciada en Literatura y Español, Profesora Instructora. Facultad de Tecnología de la Salud Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Logofonoaudiología. Avenida Madame Curie. Camagüey, Cuba. CP 70700 lcisnero@factecno.cmw.sld.cu

RESUMEN

La disfasia es un término que conceptualiza una entidad gnoseológica relacionada con la organización del lenguaje en su evolución. Es un trastorno grave y de prolongada duración que afecta a niños desde el inicio del desarrollo del lenguaje, se extiende a

toda la infancia y la adolescencia y puede dejar secuelas en el estado adulto. En esta revisión bibliográfica se propone un acercamiento a la comprensión de sus dimensiones, concepto, síntomas y pautas para el diagnóstico e intervención desde el enfoque de la Comunicación.

Palabras clave: educación compensatoria, sordera, discapacidad intelectual.

ABSTRACT

Dysphasia is a term that conceptualizes a gnoseologic entity related to the organization of language in its evolution. It is a severe and prolonged duration disorder that affects children since the beginning of the language development and extends to all children and adolescents; it can also leave consequences in the adult stage. This review proposes an approach to the understanding of its dimensions, concept, symptoms and guidelines for the diagnosis and involvement from a communication perspective.

Keywords: remedial teaching, deafness, intellectual disability.

INTRODUCCIÓN

“Una de las consecuencias del avance de los estudios CTS es la comprensión del fenómeno científico y tecnológico como un proceso social que no puede ser comprendido más que en ‘contexto’, es decir, dentro de la constelación de circunstancias sociales que le dan sentido. En esa perspectiva, la Ciencia, en su expresión más amplia se nos presenta como una red de individuos, instituciones y prácticas anclados en contextos con sus propias determinaciones culturales, económicas y sociales.”¹ Esto se refiere a la relación cada vez más fructífera que Ciencia Tecnología y Sociedad (CTS) debe establecer con las transformaciones

educativas y el sistema de ciencia e innovación tecnológica que se viene desplegando y que ha tenido su influencia en la rama médica de la Logopedia y Foniatría.

La Logopedia y Foniatría se incluyen en el marco de la medicina funcional y dirige su atención fundamentalmente a los aspectos psico-funcionales y neuro- psicológicos de los trastornos correspondientes, que son muy variados y complejos.

La gran pluralidad de alteraciones del lenguaje existente, su diferenciación en relación con su etiología y estructura, y la diversidad de métodos, procedimientos correctivos y educativos elaborados en dependencia de la naturaleza y formas de manifestaciones de cada trastorno, han provocado la necesidad de agrupar los trastornos del lenguaje en clasificaciones que se corresponden con su contenido, calidad y utilidad práctica, con los intereses y motivos de las ciencias que las elaboran y con el nivel de desarrollo alcanzado por las mismas en el momento histórico en que fueron creadas. La primera clasificación que se conoció en Cuba, fue en 1960. En el cuarto grupo (Trastorno de Simbolización), se incluye la entidad Disfasia, que años más tarde fue estudiada con disímiles sinonimias a nivel nacional e internacional.

La Disfasia es un término que ha sido tratado por diferentes autores en el siglo XX, debido a la imposibilidad de descubrir la etiología precisa de grandes síntomas. Fue llamada: Trastorno grave de la adquisición del lenguaje, Afasia congénita expresiva, Audio-Mudez (sensorial y motriz), Dispraxia verbal. Agnosia verbal auditiva, Sordera verbal congénita, Alalia (sensorial y motriz). Disfasia mnésica y receptiva.

Esta entidad logopédica en la actualidad es ubicada en la taxonomía de los trastornos de la comunicación en el Nivel I. Lenguaje, dentro del Síndrome Dis- Integración, considerada como un Retraso Específico de Lenguaje, otros autores la denominan Disfasia del desarrollo. Con este criterio se les lleva el conocimiento a los estudiantes que se forman a nivel nacional en la carrera de Logofonoaudiología. ²

La especificidad de este trastorno ha sido analizada por neurólogos, psicolingüísticas y fonoaudiólogos. El objetivo de esta revisión es prescribir un acercamiento a la comprensión de las dimensiones de la Disfasia en relación a su concepto, cuadro sintomatológico primario y secundario, las pautas para el diagnóstico y el sistema de métodos para su compensación después de la evaluación logofoniátrica, desde el enfoque de la Comunicación, lo cual debe servir de material docente a los profesionales de la Logopedia y Foniatría y a los estudiantes del nuevo modelo de formación de la Tecnología de la Salud en el perfil de Logofonoaudiología.

DESARROLLO

La Disfasia es definida por algunos autores como un trastorno de la organización del lenguaje en evolución. Los niños muestran un lenguaje desorganizado. Se aplica en general a los que presentan un trastorno severo del lenguaje y cuyas causas no se deben a razones obvias: sordera, retraso mental, alguna dificultad motora, desórdenes emocionales o alteraciones de la personalidad.³

También es considerada como una disfunción específica en el desarrollo de la expresión, y/ o en la recepción del habla y del lenguaje, o en ambas, en ausencias de otras discapacidades que podrían considerarse como posibles causas de una deficiencia auditiva, un déficit de las estructuras periféricas del habla, una deficiencia mental, un trastorno de la personalidad y una lesión central, así como trastornos psicóticos.⁴ Un trastorno caracterizado por el fracaso del desarrollo normal del lenguaje que no puede explicarse en términos de deficiencia mental o física, en deficiencia auditiva, de trastorno emocional, ni deprivación ambiental.⁵

Reconocida por otros autores como un trastorno específico de comunicación, en su vertiente comprensiva y expresiva, ya sea deterioro o alteración en la construcción y adquisición de los aspectos codificativos y decodificativos, en las formas y mecanismos comunicativos (entre ellos el lenguaje oral) y en sus diferentes niveles, debido a una disfunción del sistema nervioso central, en las redes y estructuras cerebrales en las que

filogenética y ontogenéticamente se asienta la comunicación, en edades comprendidas entre los 0 y los 6 años de edad.⁶

Prestigiosos autores cubanos, consideran que los atrasos del habla pueden manifestarse como retraso secundario del lenguaje y como trastorno específico del desarrollo del lenguaje. Esta última entidad es el término que se emplea para definir el diagnóstico por exclusión de la existencia o no de discapacidades. Prefieren los especialistas de la escuela cubana de Cabanas identificarlo de esta forma y no con el término de Disfasia.⁷

En la actualidad otros coinciden en denominar el trastorno como un Retraso Específico del Lenguaje y explican que está caracterizado por un retardo en la adquisición de las habilidades lingüísticas de acuerdo a la edad cronológica y que su diagnóstico se realice por exclusión, es decir, se considera el desarrollo enlentecido o retrasado que no puede ser puesto en relación con un déficit sensorial, motor, cognitivo, disfunciones cerebrales, ni con trastornos psicopatológicos evidentes. Aunque hacen una diferencia entre el retraso simple del lenguaje y la Disfasia. En la primera describen, que es una categoría nosológica con carácter de cronopatía (dimensión temporal del desarrollo), el lenguaje se desarrolla normal, pero lentamente, se considera un trastorno transitorio con escasa repercusión sobre el aprendizaje, la sintomatología que prevalece son los trastornos fonológico y sintáctico y desde el punto fisiopatológico hay retraso en la maduración.¹

Llama la atención a los autores de este trabajo, que el término logofoniátrico es el que ha variado en todas las conceptualizaciones realizadas y actualmente el conocimiento más actual está plasmado en la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE). La registra con este término e incluso en la revisión y adaptación realizada por más de 100 doctores cubanos en Psiquiatría, se considera denominarla Disfasia en el capítulo V: "Trastornos mentales y del comportamiento."⁸

Exponen en la clasificación que realizan a los Trastornos del Desarrollo Psicológico, que los trastornos del lenguaje expresivo exige una demostración objetiva mediante pruebas estandarizadas de la comprensión del lenguaje y el estado óptimo neurológico, sensorial y anatómico⁹. En dicho manual la existencia de un Coeficiente de Inteligencia menor de 70, o de noxas del tipo en el criterio último referido, constituye un motivo de exclusión. De acuerdo con ese manual el diagnóstico desde el punto de vista epistemológico se denomina Disfasia del Desarrollo (de tipo expresivo). Aunque cuando se presenta como un nivel inferior de comprensión del lenguaje al correspondiente a la edad del niño, que casi siempre se acompaña de un deterioro de la expresión del lenguaje y la pronunciación y la comunicación extraverbal es normal, no existen causas anatómicas, sensoriales ni neurológicas que, por sí solas expliquen la presencia de la intensidad de los síntomas se estaría en presencia de una Disfasia del Desarrollo (de tipo receptivo).¹⁰

En todas estas definiciones son comunes dos características básicas: el lenguaje es la función más afectada, aunque los niños tengan otras dificultades en su desarrollo y no existe en la actualidad una explicación definitiva a estos fenómenos. Este fundamento recae en la opinión que exponen Monfort y Juárez: “La Disfasia puede afectar numerosos niños con otras deficiencias graves (mental, motriz o sensorial), pues los efectos de las distintas patologías sobre un mismo individuo se multiplican, al mismo tiempo que se enmascaran.”¹¹

Los autores de este trabajo se adhieren al criterio analizado y descrito por el CIE X⁸, en la adaptación cubana efectuada por el equipo de especialistas en Psiquiatría y define que la Disfasia es el trastorno del lenguaje por fallas en su organización, afecta la expresión y comprensión de éste por causas de origen posiblemente endógeno presentes dentro del organismo de estos niños desde el principio de su desarrollo. Se afecta severamente la función comunicativa del lenguaje.

Se parte del análisis que dentro de los trastornos del lenguaje expresivo existe un trastorno específico del desarrollo de la capacidad del niño para la expresión del

lenguaje oral, la cual es significativamente inferior a la apropiada para su edad, (cronológica y Coeficiente de Inteligencia no verbal, sin que existan alteraciones significativas de sus capacidades para la comprensión del lenguaje y uso de la comunicación extraverbal) acompañada o no de trastorno de la pronunciación. Además se considera que para arribar a un diagnóstico hay que tener en cuenta algunas pautas.

Pautas para el diagnóstico: presencia de una capacidad de expresión oral significativamente inferior a la correspondiente a la edad del niño con una comprensión normal del mismo y sin alteraciones significativas en el lenguaje extraverbal; comprensión inferior a la apropiada para su edad, con deterioro de la expresión del lenguaje; la magnitud del trastorno no puede ser atribuida a una anomalía anatómica, neurológica o sensorial, ni ser explicada por parte de un trastorno más amplio codificable en sí mismo; sólo se puede realizar a partir de los 6 ó 7 años, pues si se hace antes se puede confundir con el cuadro de retraso severo del lenguaje, debido a que la maduración psicológica del niño no ha alcanzado todos los indicadores propios de edades tempranas.

Independientemente que existe el criterio acerca del momento en que puede arribarse a un diagnóstico final, la intervención en la corrección debe efectuarse desde edades tempranas basada en la sintomatología que refleja el paciente. El niño se debe estimular desde temprana edad por la plasticidad del cerebro lo que le permite compensar las funciones afectadas, afirmación que se ratifica en este estudio.

Para su mejor comprensión se describe la sintomatología de esta entidad nosológica basada en la clasificación propuesta por Rapin y Allen.¹² Es la más utilizada en la actualidad, la misma facilita realizar una profunda evaluación de los signos de la entidad, y plantea que la Disfasia está dada por agnosia verbal auditiva: el sujeto no entiende el lenguaje, se comunica con gestos, su expresión es nula o casi nula, incluso en la repetición.

Hay deficiencias en el campo perceptivo, dificultades en la discriminación de fonemas a nivel semántico. Otros signos son la dispraxia verbal: existe una comprensión total o parcialmente normal, pero con dificultades en la organización articulatoria de los fonemas y de las palabras. Se afecta la prosodia. Los enunciados se limitan a una o dos palabras; déficit de programación fonológica: comprensión relativamente normal, con cierta fluidez de producción, aunque con poca claridad. En tareas de repetición se alcanza mejoría en la calidad articulatoria, en relación con la repetición aislada de sílabas y palabras cortas, no así en las frases y palabras largas; déficit fonológico sintáctico: existe mejor comprensión que expresión, grandes dificultades de articulación y de fluidez. Es ininteligible, con alteraciones en la sintaxis (agramatismos), así como en la evocación. El déficit léxico sintáctico: los niños tienen retraso en la pronunciación, existe mayor dificultad en la estabilidad del léxico y en la evocación. La comprensión semántica de palabras sueltas puede ser normal, no así en las frases. Uso en excesos de muletillas. Así como un déficit semántico pragmático. El sujeto puede presentar un desarrollo inicial del lenguaje, dentro de los límites normales, carecer de problemas importantes del habla, sin embargo, tiene grandes dificultades de comprensión. Puede tener su nivel expresivo superior al comprensivo. Presenta marcada dificultad para adaptar su lenguaje al entorno interactivo (ajustes pragmáticos), por lo que existe ecolalia o perseveraciones.

En el campo no lingüístico se aprecia la presencia de otras alteraciones: dificultades en el desarrollo de los juegos simbólicos; déficit en la construcción de imágenes mentales; déficit en la memoria secuencial, en la auditiva a corto plazo y en la verbal; alteración en la estructura del tiempo y espacio; heterogeneidad de los resultados en las distintas subpruebas de las escalas de la inteligencia no verbal; aspectos psicomotores: dificultades práxicas, alteración en la lateralización e inmadurez de las destrezas motoras y en los aspectos conductuales: alteración en la capacidad de atención e hiperactividad y en las relaciones afectivas y del control de las emociones.

Según el grado de severidad se presentan los siguientes síntomas: El niño se mantiene aislado, desconectado, parece que no escucha, carece de lenguaje o repite sin

comprender, se descontrola cuando no logra algo, se fascina frente al espejo y persiste en un mismo juego, juguete o interés.

Para efectuar la evaluación es muy válido lo que propone Monfort: ¹³ los procesos de producción y comprensión del lenguaje (en términos cualitativos); procesos cognoscitivos que actúan en la adquisición del lenguaje y que darían claridad en cuanto a los factores etiológicos; procesos de producción del habla (praxis buco faciales y de la articulación del niño); estudio de la conducta general del niño; exploraciones complementarias (audiometrías, pruebas neurológicas) y exploración con pruebas psicométricas fundamentalmente no verbales.

Además de estas pruebas, se sugiere por los autores de este trabajo incluir en la evaluación baterías del lenguaje que van encaminada a la apreciación del vocabulario expresivo (IPP), es decir, el Inventario de Primeras Palabras y al vocabulario receptivo con la Prueba de (Peabody); ² por tener un carácter cuantitativo y estar sustentadas en el método científico. Así cómo incluir en la evaluación del lenguaje receptivo otras pruebas orales que van encaminadas a descartar déficit auditivo y sí la presencia de una sordera verbal,¹⁴ por tratarse de una Disfasia de tipo sensorial o receptiva. Las pruebas a aplicar son: 1) Escala del lenguaje de Reynell ¹⁴, pues proporciona una evaluación amena, una motivación al trabajar con juguetes y responde a la situación social de desarrollo por la que está atravesando el niño en su etapa de maduración psicológica. 2) La Prueba de los sonidos Ling ¹⁵, ya que la misma permite evaluar la discriminación que ejecuta el sujeto del lenguaje y contribuye a realizar un análisis para determinar si se trata de una Disfasia de tipo receptiva.

La valoración del carácter etiopatogénico de esta entidad es una premisa de gran interés para el especialista.¹⁶ En su estudio da a conocer que la Disfasia se produce como consecuencia de diversas causas, entre las que se puede mencionar los traumatismos o golpes, parasitosis encefálicas, la presencia de un tumor cerebral, traumatismos en el momento del parto, enfermedades infecciosas como la meningitis. En un gran porcentaje de los casos ni siquiera se conoce la causa. Este mismo autor

encuentra alteración difusa en el hemisferio cerebral izquierdo, asociados a cuadros como prematuridad, incompatibilidades de grupos sanguíneos, complicaciones del parto, diversos desórdenes glandulares y epilepsia. En la actualidad este tema constituye una polémica de estudio.

Es importante establecer el diagnóstico diferencial para lo que es determinante la exploración neurológica, otológica, psicológica y psiquiátrica.

Sistema de métodos y materiales a utilizar al evaluar los indicadores

El procedimiento a seguir durante la exploración ha sido un abordaje tratado por los autores Cabanas ⁷, Álvarez ², Monfort, Elgueta, Higuera y Correa. ¹⁷ En todas las tareas propuestas por estos autores se ha partido del método clínico antes de ir a la selección de las pruebas que van dirigidas a profundizar en el cuadro clínico y arribar a un diagnóstico certero y preciso.

Partiendo de lo expuesto por cada una de los autores, a continuación se puntualiza los procedimientos que siempre deben estar presentes en este proceso de evaluación para el estudio de esta entidad nosológica.

La conversación preliminar evalúa la comunicación que utiliza el paciente (se puede apoyar en ilustraciones). En la fluidez verbal se examina el vocabulario, su organización lexical, la descripción y narración a partir de dibujos temáticos (secuencias), el lenguaje predicativo, la realización del ordenamiento y la construcción lógica y gramatical. En tareas táctiles y quinestésicas se indica realizar de forma sucesiva movimientos linguales (derecha, arriba, abajo, izquierda), para las tareas motrices (motricidad fina y gruesa). Ejemplos: Relleno de figuras geométricas con un color, ensartar contornos de animales, caminar por la línea trazada en el piso, saltar en un solo pie y tocar con el pulgar el resto de los dedos. En las tareas motrices orales (se evalúa la praxia y su dinámica): Se orienta la ejecución de movimientos articulatorios bajo instrucción verbal, con apoyo visual y por imitación.

Las áreas auditivas no verbales aprecian la identificación y diferenciación de sonidos ambientales, por ejemplo, cierre de una puerta y ruido del badajo de una campana. Las tareas auditivas verbales: se pide la repetición de fonemas, sonidos, palabras, de pseudopalabras, por ejemplo REN, frases, listas de palabras e historias. En la discriminación fonémica se valora la identificación y diferenciación de sonidos onomatopéyicos, vocales, sonidos correlativos y disyuntivos.

También se hace una investigación otoneurológica (percepción de palabras susurradas). Ejemplos: distinguir sonidos aislados simples (**/b/, /r/, /d/, /k/, /s/**); distinguir o repetir pares de sonidos disyuntivos (**/m-r/, /p-s/, /b-n/**) y sonidos similares correlativos (**/p-b/, /d-t/, /k-g/, /r-l/**) y evaluar la retención de la secuencia de los sonidos para valorar si existe conservación de las huellas auditivas articulatorias. Ejemplo: **/a/-/o/-/u/, /b/-/r/-/k/, /b/-/p/-/b/. /t/-/d/-/t/**.

Este examen permite evaluar el déficit en el análisis auditivo, en el papel regulador de las instrucciones orales o defectos motores, así como en el paso de una estructura rítmica a otra.

Intervención logopédica

El tratamiento tiene como objetivo la rehabilitación y la formación de los elementos verbales ¹⁸. Además da a conocer que en general las estrategias de intervención en esta patología consisten en aumentar la frecuencia con la que determinados objetivos lingüísticos son presentados al niño, y asegurarse de que tales objetivos aparezcan en contextos lingüísticamente no ambiguos. Otros plantean que el tratamiento tiene como objetivo trabajar diferentes áreas: praxias orofaciales, discriminación auditiva, articulación, estimulación sensorial, vocabulario, sintaxis y pragmática. ¹⁹

Al tomar en consideración estos criterios es positivo valorar que la Disfasia es superable en un ambiente propicio y con metodologías adecuadas que involucren al niño o niña en su totalidad. Hay que preocuparse por darle las herramientas básicas de la comunicación (antes de una pronunciación perfecta, que llegará con el tiempo) y

recordar que no tenemos “un/a disfásico/a”, sino “un/a niño/a con disfasia” que como tal, aprende a través del juego, con sus propios tiempos y diferencias individuales, y sobre todo, envuelto en una atmósfera de amor, comprensión y aceptación.²⁰

Los aspectos abordados por estos autores para la rehabilitación son de gran importancia. Sin embargo se debe señalar que es de gran valor la necesidad de un tratamiento multidisciplinario, en el cual se debe incluir un terapeuta del lenguaje, el psicólogo, mucho apoyo familiar y escolar y en algunos casos la terapia ocupacional. Además el tratamiento puede llegar a ser muy largo, por ejemplo, comprender el periodo desde que se detecta el trastorno hasta la adolescencia. Los que reciben tratamiento desde temprana edad alcanzan la integración como cualquier niño de su edad y logran estudiar con resultados positivos. En este sentido se ha considerado válido los principios que describen Monfort y Juárez.

Principios generales de la intervención

1-Principio de intensidad y larga duración: es necesario que la familias y los profesionales sean conscientes de que se proyectará una intervención logopédica, como un apoyo que deberá mantenerse durante muchos años y a veces no tiene más limitaciones que la propia ambición del niño y de su entorno. Por esto la intervención debe ser intensiva, estable y continua, fundamentalmente en los primeros años.

2-Principio de precocidad: se basa en tres argumentos, el primero relacionado con la posibilidad del logro de una intervención natural, rápida y eficaz al realizar un aprendizaje en las primeras edades, el segundo se refiere a que esta etapa es importante tenerla presente si se considera introducir cambios en la manera de aprender a hablar por parte del niño, y el tercer argumento se basa en que si se controlan precozmente las interacciones del niño con su entorno, se puede prevenir la aparición de reacciones inadecuadas, de conductas desviantes y se reduce el impacto de los trastornos lingüísticos.

3- Principio etológico: la palabra etológico significa relativo a las costumbres. Por tanto, la intervención logopédica estará limitado en sus medios y en sus logros si no se tiene en cuenta a la familia del niño y no se hace que participe en el proceso de construcción comunicativo y lingüístico.

4- Principio de prioridad a la comunicación: Vigostky y otros especialistas parten de la idea de que el lenguaje se adquiere para y por la comunicación social, aunque desempeñe otras funciones, especialmente cognitivas. Es por ello que se recurre a técnicas formales para asegurar el aprendizaje de algunos contenidos, especialmente en la sintaxis. También se tiene en cuenta el desarrollo de estos conocimientos en los contextos personales del niño.

5- Principio de potenciación de las aptitudes: se impone por parte del especialista evaluar con profundidad los síntomas lingüísticos en función del resto de las aptitudes de cada caso, para que sirva de ayuda en el proyecto de construcción del lenguaje, por eso es importante conocer sus potencialidades. En el caso de la Disfasia, a veces se ve potenciada la memoria visual, la retención auditiva global o la expresión mímica gestual.

6- Principio de multisensorialidad: para potenciar el desarrollo del lenguaje oral, es necesario no sólo por el canal de la audición, sino también por la vista, el tacto, así como reforzar el control de producción a través de las sensaciones propioceptivas y cinestésicas. También es posible organizar y potenciar estas vías alternativas apoyándose en la lengua de signos.

7-Principio de referencia al desarrollo normal del lenguaje: los contenidos de los programas de intervención deben partir del desarrollo lingüístico del niño normal, aunque no debe limitarse esta programación de contenidos por heterogeneidad de desarrollo de los distintos aspectos del lenguaje que presentan ciertos infantes. Es por ello que el especialista puede trabajar en base a: pautas de conducta que demuestran iniciativa y placer en la comunicación, así como de imitación en situaciones lúdicas; pautas de atención hacia estímulos auditivos y verbales; comprensión léxica y

sintácticas en contexto; pautas de producción vocal y verbal; ampliación de usos funcionales del lenguaje (preguntas, negaciones, expresión de sentimientos) e Incremento de la capacidad fonética y fonológica.

8-Principio de ajuste del tiempo: debido a que el niño con disfasia presenta un rendimiento lento en las tareas de discriminación, imitación, comprensión o expresión, ya que depende del ritmo de presentación de los estímulos, se aconseja hablar más despacio y claro, pero también alargar los tiempos de espera de las respuestas, pues ellos necesitan a veces varios segundos para contestar una demanda. Exigir una respuesta rápida ocasionaría un desorden mayor en el niño. De observar que no ha entendido, se puede introducir un procedimiento facilitador (gestos, inducción y preguntas de alternativa). En casos graves se debe buscar un entorno tranquilo, con pocos elementos de distracción al alcance de la vista.

Vale destacar que estos principios permiten la organización de la intervención logofoniatría y a los criterios expuestos, se considera adicionar el principio de atención psicológica al niño disfásico. Es importante tener en cuenta la participación conjunta especialista- familia. Deberá dirigirse hacia el empleo de la ludoterapia, musicoterapia y dramatizaciones en dependencia de los logros lingüísticos que alcance el niño.

Modelación de actividades en la intervención de la disfasia

La propuesta de estas actividades parte de una compilación, diseñada los varios autores.¹⁷ Su selección tiene como criterio el cumplimiento a los principios descritos anteriormente. Se tiene presente que la comunicación es un proceso complejo, de carácter social e interpersonal en el que se lleva a cabo un intercambio de información verbal y no verbal, se ejerce una influencia recíproca y se establece un contacto a nivel racional y emocional entre los participantes.

“Hoy se advierte como nunca antes la necesidad de considerar a la ciencia y la tecnología mismas como procesos sociales, con todos los rasgos que esa estimación permite comprender, por eso el reclamo de asumir de forma renovada los conceptos de

ciencia y tecnología caracterizan los estudios actuales que pretenden alcanzar una visión integral de la actividad tecnocientífica.”²¹ Esto justifica que las actividades se realicen en dependencia de la evolución y se enmarca en tres niveles de intervención, con vista a permitir el arranque del desarrollo comunicativo y lingüístico.

Primer nivel: Estimulación forzada (casos de alteración grave en la adquisición del lenguaje). Se presentan estímulos comunicativos y verbales naturales en un entorno facilitador. Debe realizarse un programa para la familia, a través de charlas y folletos con un lenguaje sencillo, sin esconder las limitaciones ni desorientarla. Esta debe aprender a observar antes de intentar enseñar o corregir. Siempre debe partirse de lo que desea o necesita el niño. Estar atento a la mirada, a sus movimientos y señales que demuestran atención. El especialista se introducirá en el juego del niño al igual que la familia.

El tratamiento debe comenzarse de forma individual y paulatinamente realizar algunas sesiones de grupo. Utilizar juguetes en función de la edad y los intereses del niño. Uso de juego simbólico o competitivo hasta llegar a juegos puramente verbales. Por ejemplo: Veo- veo. Adivinanzas, entre otros. Utilizar procedimientos de modelado, se presenta un modelo verbal relacionado con el centro de interés del niño, al dar una respuesta correcta elogiarlo, de ser incorrecta se hará una segunda repetición. Procedimiento de retraso temporal: retrasar la entrega del objeto o de la ayuda que necesita el niño. Si logra un enunciado espontáneo, recibirá elogio, si no lo logra se deberá retrasar por segunda vez la ayuda y se pasa al procedimiento de modelado.

Trabajar la enseñanza incidental: a la solicitud por parte del niño dar un objeto o una ayuda de forma verbal o no verbal, enseñar un modelo verbal o destreza de comunicación más compleja siguiendo los siguientes pasos: procedimiento de modelado (entrenar formas o estructuras nuevas), procedimiento de incitación o modelado (entrenar destrezas conversacionales) y el procedimiento de retraso temporal (entrenar comportamientos comunicativos a partir de los estímulos del entorno).

Crear situaciones comunicativas activas: aprender a utilizar objetos y situaciones de la vida cotidiana (baño, vestirse, comida), aprender a llamar la atención del niño no girando su cabeza, sino con el empleo de medios distractores (objetos que le interesan), emplear lenguaje imperativo (tira, dame, otro); aprender canciones y juegos infantiles tradicionales; a utilizar libros de imágenes y los cuentos, así como el dibujo.

Segundo nivel: Restructuración. La comunicación lingüística de ciertos procesos a nivel semántico, gramatical y pragmático, está severamente alterada, ocasionado por la agnosia verbal. Además, no puede desarrollarse con el incremento de estímulos interactivos. Por lo tanto, se acude a vías infrautilizadas en el niño normal: utilizar información visual, táctil o motriz al componente puramente acústico del habla, unido al uso de sistemas aumentativos a través de la motricidad, la gestualidad o el grafismo. Ejemplos: A) Gestos significativos: gestos naturales o sistemáticos que corresponden a unidades lexicales, es decir, señalan la estructura semántica y sintáctica de los enunciados como el lenguaje de gestos de los sordomudos. Por ejemplo: casa (semántico): Unión de las yemas de los dedos.

Aspecto sintáctico: papá (mano debajo de la barbilla), está (ambas manos abiertas), en (hacer girar el dedo índice) casa (unión de las yemas de los dedos), trabajando (tocar el pecho con el dedo pulgar); B) Gestos de apoyo a la pronunciación: se acompañan del habla, resalta la producción de los fonemas, fundamentalmente los consonánticos, y se emplean con la lectura labial. Por ejemplo: **/b – v/**: Se unen los labios y la mano haciendo el dactilema de la **b**, **/j/** se imita el jadeo y con la mano se aprieta la garganta suavemente; **/d/** se muestra la posición articulatoria y con la mano se cierra los cuatro dedos, se eleva el pulgar a la boca; **/l/** se muestra la posición articulatoria y se hace el gesto de flexionar el brazo hacia arriba; **/ll- y/** sólo se enseñan unidos los dedos índice y mayor; **/s/** se pronuncia, con una mano se hace el cierre y la otra abre en el momento de la emisión; **/n/** se emite el sonido y se presiona el dedo índice sobre un orificio nasal; **/p/** se pronuncia, con una mano se hace el cierre y la otra abre en el momento de la emisión; **/r/** el dedo índice debe moverse de izquierda a derecha de forma rápida.

Se pueden utilizar apoyos gráficos significativos de dos modalidades: pictogramas e ideogramas y la escritura. Emplear la escritura como un sistema aumentativo de percepción y de producción de habla y de lenguaje. Se introduce la reproducción escrita de palabras sin tener que producirla oralmente. Los apoyos táctiles y cinestésicos: procedimiento que se sigue con niños deficientes auditivos; colocar las manos sobre los labios, mejillas o garganta del especialista y las de éste en sus órganos para fijar unos primeros patrones de articulación.

Entrenar los factores asociados: atención, trabajo de la percepción, discriminación y la secuenciación temporal. Los pasos a seguir son: secuencia de acciones encadenadas para lo cual el adulto hace delante del niño una demostración de una serie de acciones que no tienen relación en sí que él debe imitar y seguir el orden; otras son la secuencia de acciones yuxtapuestas, reproducción de secuencias vividas, que se hace con ayuda del adulto, historietas a ordenar, trabajo a nivel de secuencias auditivas y el ritmo, ejecutar por separado los ejercicios de discriminación de las secuencias rítmicas, de los ejercicios de imitación para controlar dónde está la dificultad, asociar el tiempo y el espacio a través de la representación espacial de las estructuras temporales, emplear fichas de colores dibujadas en un papel o pizarra y el trabajo a nivel psicomotor: el objetivo está encaminado hacia el trabajo de la coordinación motriz o la interiorización del esquema corporal y de las sensaciones en general.

Tercer nivel: Comunicación alternativa. Se utilizan los sistemas aumentativos y alternativos de comunicación social, como respuesta al proceso histórico de desarrollo de los estudios sociales de la ciencia y la tecnología, donde se van concretando visiones mucho más sólidas inspiradas en la idea de la interdisciplinariedad. Un gesto significativo (como los que pertenecen a la Lengua de Signos, sistema originalmente alternativo), se considera aumentativo cuando el adulto lo utiliza de forma simultánea a una palabra oral que el niño ya conoce, para conseguir una nueva relación semántica o para facilitar su integración dentro de una construcción sintáctica determinada:

- A. El mismo gesto se considera alternativo si para el niño representa la única forma de expresión posible;
- B. Lo mismo ocurre con los elementos gráficos, pero pueden ser utilizados en los tableros de comunicación para un uso alternativo del lenguaje;
- C. El sistema alternativo se empleará cuando un niño oyente de más de dos años de edad mental no entiende ni utiliza el lenguaje oral, o cuando de más de tres años entiende el lenguaje, pero no presenta ninguna producción verbal;
- D. La comunicación alternativa se desarrollará durante algunos meses o años pues permitirá el aceleramiento del proceso de acceso al lenguaje y al habla y deberá seguir la siguiente secuencia: 1) Expresión de deseos: pedir objetos, acciones; 2) Referencias: descripción o comentarios sobre objetos; 3) Concepto de personas: nombres y etiquetas para la expresión de emociones; 4) Abstracción: juego simbólico y conversación.

Se avizora que estas técnicas de enseñanza varían de un procedimiento a otro, pero en los casos de menor capacidad intelectual o mayor desviación en los procesos de desarrollo es preferible el uso de técnicas de moldeamiento.

CONCLUSIONES

Se considera que debe quedar instituido denominar la entidad nosológica estudiada con el enfoque que establece el Clasificación internacional de enfermedades, décima versión, o sea, disfasia debido a que la conceptualización efectuada los diferentes autores, así como el criterio expuesto en esta revisión coinciden con los fundamentos de la clasificación donde se aclara que esta entidad, provoca una discapacidad permanente de las habilidades ligadas a la comprensión o al uso del lenguaje, o ambos. Se producen alteraciones estructurales que pueden perdurar a lo largo de toda la escolaridad de los niños que la padecen y dejan a menudo secuelas para toda la vida.

La naturaleza de los síntomas que se presentan en este trastorno, su evolución y gravedad, varían de un niño a otro, por lo que deben preverse las medidas para atender

de forma acertada a cada caso y observar la dinámica de recuperación o estancamiento.

Es importante un diagnóstico temprano, y aunque fundamentalmente se diagnostica en niños, puede hacerse en la edad adulta. Debe consignarse en la anamnesis que ocurrió un desorden en la ontogénesis.

Los niños que adolecen una disfasia forman parte del grupo de alumnos con necesidades educativas especiales que requieren adaptaciones muy significativas del currículo escolar y de las estrategias de enseñanza.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Núñez JJ, López CJ. Innovación Tecnológica, Innovación Social y Estudios CTS en Cuba. Universidad de La Habana: Editorial Félix Varela; 1998.
2. Álvarez LL, Fernández C L, Ferrer S A, López Betancourt M, Capó A M, Regal C N, et al. Logopedia y Foniatría. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
3. Jeron J, Aguilar M. Disfasia. Barcelona: Editorial CEPE; 1993.
4. Benton A. Disfasia. Barcelona: Editorial CEPE; 1989.
5. Bishop D. Uncommon understanding development and disorders of language comprehension in children. Kentucky: Psychology Press; 1998.
6. Gonzalos L, Santos J. Disfasia. Barcelona: Editorial CEPE; 1993.
7. Cabanas CR, Hernández VA. Material de Apoyo para técnicos en Logopedia y Foniatría. La Habana: Editorial Salud Pública; 1980.

8. Clasificación de Enfermedades aprobada por la 43ª Asamblea Mundial de la Salud. CIE X. [Internet] 2000 [citado 26 Jun 2000]. Disponible en:
<http://www.msc.estaestudios/estadisticos/normalizacion/clasifenferm/boletines/home.htm>
9. Otero OA. Manual de Clasificación de los Trastornos del Desarrollo Psicológico. Barcelona: Editorial CEPE; 2006.
10. Leonard Laurence B. Is expressive language disorders an accurate diagnostic category?. *Journal Sp_Lang Pathology*. 2009;(18):115-123.
11. Monfort M, Juárez A. Los niños disfásicos. Madrid: Editorial CEPE; 1993.
12. Rapin R, Allen J. Disfasia. Segunda edición. Madrid: Editorial CEPE; 2009.
13. Monfort M. Trastornos de la Comunicación. Madrid: Editorial CEPE; 2005.
14. Reynell L. Escala del lenguaje de Reynell. Madrid: Editorial CEPE; 2003.
15. Santiago MR, Bermejo GB, Díaz MM. Prueba de los sonidos Ling. Universidad de Navarra, Madrid: Editorial CEPE; 1972.
16. Agranowtz. Retraso del habla. *Revista electrónica gratuita de Logopedia*, 34 (4) [Internet] 2008 [citado 04 Feb 2013]; Disponible en: <http://www.logopediamail.com>
17. Monfort M, Elgueda P, Higuera M, Correa A. Los trastornos de la comunicación en el niño .Madrid. Editorial CEPE. 1993.
18. Figueredo EE. Disfasia. Actualización. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1984.

19. Aguado G. Trastorno específico del lenguaje. Retraso de lenguaje y disfasia. Málaga Aljibe: Editorial CEPE; 2009.p.67.
20. Mejer G. Integración en Europa. Disposiciones relativas a alumnos con necesidades educativas especiales. Tendencias en 14 países europeos. [Internet] 2009 [citado 12 Abr 2013]. Disponible en: <http://www.cancer-pain.org/>.
21. Macías Llanes ME. Una nueva mirada para el estudio de la ciencia y la tecnología: el enfoque de los estudios sociales. Rev Hum Med [Internet]. 2002 [citado 13 May 2013] ; 2(2): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000200004&lng=es.

Recibido: 16/02/2012

Aprobado: 6/06/2013

Nely del Milagro Puebla Caballero. Máster Psicología Clínica, Licenciada en Defectología, Especialidad Logopedia, Profesora Asistente. Facultad de Tecnología de la Salud Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Logofonoaudiología. Avenida Madame Curie, Camagüey, Cuba. CP 70700
nelyp@finlay.cmw.sld.cu