

Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje: la disfasia

Celia Fernández Sarmiento

Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

RESUMEN

El presente artículo hace referencia a los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. En él hacemos una reflexión sobre el controvertido término de *la disfasia*. Nos inclinamos por una descripción detallada de las conductas lingüísticas que se manifiestan alteradas en los niños en el desarrollo de su lenguaje para, a partir de éstas, diseñar estrategias más ajustadas de intervención logopédica tanto en el ámbito escolar como familiar.

ABSTRACT

This article focuses on the specific disorders of language development. In it we reflect on the widely debated term *dysphasia*. We tend to favour a detailed description of linguistic behaviour which become evident in the language development of children, so as to design logopedical intervention strategies in keeping with these disorders not only within school, but also within the family.

1. Introducción

Existe mucha controversia y diversidad de opiniones en el campo de la logopedia en lo que concierne al ámbito de los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje.

Las distintas definiciones que nos ofrecen los autores y la disparidad de criterios en cuanto a las clasificaciones de estos trastornos, nos llevan en ocasiones a confusiones más que a clarificar nuestras ideas.

Frecuentemente, en la práctica diaria en las aulas, nos surgen dudas cuando nos encontramos ante niños que no desarrollan adecuadamente su lenguaje, que lo hacen más lentamente que otros, que no hablan o apenas lo hacen. Nos preguntamos acerca de cuándo es necesaria una observación e intervención especializada de un especialista logopeda o profesor de audición y lenguaje. El desconocimiento sobre la posible gravedad del problema nos genera normalmente intranquilidad ¿Cuándo nos encontramos ante un retraso simple del habla o del lenguaje? ¿Se tratará de un retraso grave? ¿Dónde situamos las fronteras entre los retrasos? Éstos constituyen algunos de los interrogantes que surgen al respecto.

La etiología de las alteraciones que provocan un retraso de lenguaje, nos conduce a campos de especialización diversos. No es la finalidad de este trabajo profundizar en ellos, pero sí considerarlos, pues ayudarán en la delimitación de las características principales que facilitan la identificación de las dificultades más comunes que pueden causar un retraso de lenguaje.

Los retrasos en el desarrollo del lenguaje engloban aspectos tales como: ausencia de lenguaje, aparición tardía de éste o la permanencia de patrones lingüísticos pertenecientes a un estadio evolutivo inferior al que correspondería al niño por su edad cronológica, afectando en mayor o menor medida a la comprensión y expresión.

La característica fundamental de este trastorno es que no puede explicarse por déficits intelectuales, sensoriales o conductuales. «No existe causa patológica manifiesta» (Perelló y cols., 1984). Launay y Borel-Maisonny (1989) consideran que el retraso en el desarrollo del lenguaje es un trastorno de la adquisición del lenguaje o de la organización del mismo sin alteración fisiológica, sensorial o neurológica.

El retraso del lenguaje será, por tanto, una denominación general que engloba tres subgrupos: el retraso simple, la disfasia y la audiomudez (Rondal y Seron, 1988).

Se habla de retraso simple cuando nos encontramos con niños que sin causa patológica manifiesta presentan un desfase en la elaboración del len-

guaje con respecto a los sujetos de su misma edad cronológica. Es el menos grave de los trastornos. A primera vista cuesta trabajo distinguirlo de los trastornos del *habla* puesto que generalmente presenta problemas de habla asociados. Según Aguado (1988), lo que más llama la atención son los procesos de facilitación fonológica. El niño que presenta un retraso *simple* de lenguaje comunica verbalmente con su entorno, pero la comprensión y la expresión siguen siendo netamente inferiores a las de los niños de la misma edad cuyo desarrollo lingüístico es *normal*. El pronóstico es bueno, existe acuerdo en el sentido de que se resuelve, con o sin ayuda, antes de los seis años.

Al referirnos al término de disfasia, hay algunos autores como Ajuriaguerra (1980), que consideran que no se trata de un retraso evolutivo en la adquisición del lenguaje, sino que al hablar de disfasia hablamos de una estructuración particular que evoluciona hacia un marco lingüístico propio. Tanto la disfasia como la audiomudez se dejarán sentir de manera muy perturbadora, mucho más allá de los seis años.

Generalmente se reserva el término de audiomudez para las manifestaciones más graves de los trastornos de adquisición y organización del lenguaje. Suelen presentarla niños que a la edad de cinco años no han adquirido ningún tipo de lenguaje o es mínima la adquisición verbal que poseen sin que haya otras deficiencias causantes de este retraso.

Nos centraremos a continuación en las disfasias, forma severa de los retrasos, por constituir entre todos los retrasos del lenguaje, el que quizás más polémica haya suscitado en cuanto a su definición, clasificación, características, evaluación e intervención.

2. La disfasia: reflexiones acerca del concepto

No hay una definición ni clasificación del término plenamente aceptada ¿De qué hablamos realmente cuando hablamos de *disfasia*? ¿Cuántas disfasias distintas hay? ¿Cuáles son sus diferencias diagnósticas, pronósticas y terapéuticas? Los intentos de responder de forma objetiva e inequívoca a este tipo de preguntas son numerosos. Sin embargo, hoy por hoy, siguen siendo también numerosos los profesionales de la comunicación y el lenguaje infantil que, al oír hablar de las *disfasias* manifiestan su confusión, adoptan una actitud escéptica, confiesan su más profunda ignorancia sobre la naturaleza real de la alteración o, si acaso, reconocen el uso habitual del concepto como *diagnóstico por exclusión* de todos aquellos casos de alteración en el desarrollo del lenguaje que son difícilmente encuadrables en otras categorías diagnósticas.

Como señala Crystal (1983:188), el término *disfasia infantil* se aplica por regla general a «los niños que, por alguna razón, han fracasado totalmente en el desarrollo del lenguaje, que lo han hecho sólo parcialmente o que se han desviado del curso normal (de tal desarrollo)». Más concretamente suele afirmarse que se trata de casos en los que la alteración en el desarrollo lingüístico no puede atribuirse a causas obvias como la sordera, el retraso mental, alguna dificultad motora grave o desórdenes emocionales o de personalidad.

Para Rondal (1982:110), el trastorno se caracterizaría por «un severo retraso en la adquisición del lenguaje, una gran pobreza de vocabulario, grandes dificultades gramaticales y falta de espontaneidad a nivel de expresión verbal». Para Perelló (1978:418), de un «trastorno en la adquisición del habla derivado de alteraciones en las estructuras a cuyo cargo va la percepción, la integración y la conceptualización del lenguaje».

Según Monfort y Juárez (1993:24), ante esta falta de consenso «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». Estos autores parten de una concepción interactiva del desarrollo patológico del lenguaje que resulta útil para comprender mejor el trastorno que nos ocupa. Sostienen que «el desarrollo patológico del lenguaje no puede limitarse a los elementos que constituyen su origen por muy conocidos que éstos puedan ser, lo que no es precisamente el caso tratándose de las disfasias. Un trastorno de lenguaje no es sólo la consecuencia de una o varias causas, es el resultado de una historia». Es decir, parten de un enfoque interactivo, situando al adulto y al niño al mismo nivel de importancia donde ambos interactúan y se influyen. Así, el niño construye su conocimiento del lenguaje a partir del *input* que le proporciona su entorno y los estímulos que recibe 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. 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, puesto que éstos se muestran precozmente sensibles a las diferencias de habilidad comunicativa y lingüística de sus compañeros.

Por otra parte, Belinchón y Cadenas (1986) señalan que las principales dificultades que presentan las definiciones al uso sobre la disfasia son dos. Por un lado, hacen depender el diagnóstico, en buena medida, de la estimación subjetiva que el evaluador hace sobre el grado de severidad del trastorno y no de criterios objetivos. Y por otro, tienden a incluir niveles diferentes

de descripción del trastorno (lingüístico, comunicativo, neurofisiológico...) sin realizar o presentar descripciones completas del trastorno.

Resumiendo, el resultado de este tipo de aproximaciones al concepto y al diagnóstico es el de un *diagnóstico por exclusión*, que priva de contenidos concretos al concepto de *disfasia* y que se usa, generalmente, para todos aquellos casos a los que no pueden aplicarse con certeza otros diagnósticos. Por esta razón, desde un punto de vista educativo, clínico y científico, resultan poco útiles, y son preferibles los intentos de definir la *disfasia infantil* en base a un conjunto de manifestaciones o alteraciones –lingüísticas y/o no lingüísticas– que pueden ser observadas y descritas objetivamente. Sin embargo, no todos los autores están totalmente de acuerdo con esto. Crystal por ejemplo opta por una definición muy restrictiva de la disfasia. En su libro de 1983 identifica únicamente como disfásicos aquellos casos en los que la alteración o retraso del lenguaje afecta el ámbito de la gramática y la semántica, pudiéndose manifestar también en el lenguaje escrito de los sujetos, pero en los que no se observarían alteraciones en otros procesos psicológicos. Por otra parte, otros autores tienden a ofrecer descripciones en las que sí se vinculan de forma clara las alteraciones lingüísticas y no lingüísticas, ampliándose de este modo el ámbito de aplicación del concepto y como consecuencia el número de sujetos potencialmente identificables como *disfásicos*. Así, entre las alteraciones no lingüísticas que generalmente se señalan que pueden estar cursando en este tipo de cuadros, podemos citar como ejemplos una disfunción perceptiva que afecta fundamentalmente al canal auditivo y que estaría indicada por problemas en la identificación y secuenciación de los sonidos, respuestas inconsistentes ante éstos, la falta de atención a los estímulos auditivos, etc.

Actualmente la *disfasia infantil* carece de una definición ampliamente aceptada por la mayoría de los investigadores o profesionales. Generalmente el término se utiliza como sinónimo de Specific Language Impairment (SLI) –Déficit Específico del lenguaje–, Trastorno Específico del Lenguaje (Cardona, 1997; Conti-Rasdem, 1995; Pérez, 1997; Rodríguez Santos, 1995; Serra, 1997), o Language Development Disorders (LDD) –Trastornos del Desarrollo del Lenguaje– (Chevrie-Muller, 1997; Rapin y Allen, 1983) o Retraso Severo del Lenguaje (Siches, 1993).

3. Características del lenguaje disfásico

Resulta complejo presentar un listado sobre los problemas que presentan los niños disfásicos en la adquisición y desarrollo del lenguaje como si de un

grupo homogéneo se tratara. Aquí precisamente se presenta la dificultad, pues estas manifestaciones no se encuentran todas reunidas en la mayor parte de los disfásicos ni están presentes con la misma intensidad.

Siguiendo a Monfort y Juárez (1993) y a Gallego (1999), describiremos en primer lugar las principales manifestaciones lingüísticas y en segundo lugar algunas manifestaciones no lingüísticas.

3.1. *Manifestaciones lingüísticas*

Los distintos intentos de clasificación que han surgido tienen la ventaja de sintetizar en una denominación relativamente corta, un conjunto de síntomas que afectan a la comunicación y el lenguaje y que definen el estado que puede presentar un niño disfásico en un determinado momento de su vida. Existen varias propuestas, pero nos vamos a centrar en la que hacen Rapin y Allen (1983), por parecernos la más completa. Señalan seis categorías: a) Agnosia verbal auditiva. Caracterizada por una incapacidad para decodificar la fonología. El sujeto entiende poco o nada de lo que se le dice. Su expresión es nula o casi nula. Puede desarrollar un lenguaje gestual. Es un cuadro asimilable a los descritos bajo las denominaciones de afasia congénita mixta o sordera verbal; b) 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 a la prosodia. Los enunciados se limitan a una o dos palabras, difícilmente inteligibles. En su límite extremo el sujeto es completamente mudo, y en este caso sería asimilable a los cuadros de afasia congénita expresiva o audio-mudez dispráxica; c) 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; d) Déficit fonológico-sintáctico. Corresponde al cuadro clásicamente descrito como disfasia. Estos sujetos presentan una mejor comprensión que expresión, pero les cuesta entender cuando el enunciado es largo o incluye estructuras complejas. En expresión, destacan sus dificultades de articulación, de fluidez, uso de nexos y marcadores morfológicos por lo que la sintaxis resulta rudimentaria. A veces la formación secuencial de los enunciados resulta laboriosa; e) Déficit léxico-sintáctico. Presentan dificultades de evocación y estabilidad del léxico. Pueden comprender palabras sueltas pero no frases. La expresión se caracteriza por la abundancia de *muletillas*, interrupciones, parafasias, perífrasis y reformulaciones. La calidad de la expresión empeora

cuando tienen que expresar enunciados más complejos que los simples diálogos cotidianos; f) Déficit semántico-pragmático. Caracterizado por un déficit importante de comprensión de las oraciones, si bien entienden palabras aisladas y frases sencillas. Destaca, sobre todo, la falta de adaptación del lenguaje del sujeto al entorno interactivo, resultando los ajustes pragmáticos a la situación o al interlocutor deficientes.

El uso de estas categorías puede resultarnos de utilidad para ubicar en un momento determinado a un niño o niña que presente algunas de las dificultades identificables con las incluidas en los déficits anteriormente señalados y que con el paso del tiempo, si hacemos seguimientos longitudinales, podremos comprobar cómo pasan de una determinada categoría a otra próxima.

En líneas generales, si tuviéramos que identificar algunas características concretas representativas de esta alteración al margen de las clasificaciones existentes, tendríamos que: la comprensión se presenta mucho más afectada que en el retraso simple del lenguaje. En cuanto a la expresión, no presentan dificultades para repetir fonemas de forma aislada, sí para repetir palabras y sílabas sin sentido a causa de las dificultades en la retención de estos elementos. El vocabulario es reducido y la sintaxis cargada de agramatismos; estas dificultades van a quedar reflejadas en el aprendizaje de la lecto-escritura, que difícilmente llegará a un desarrollo adecuado.

3.2. Manifestaciones no lingüísticas

Hacen referencia a otras alteraciones del desarrollo muy frecuentes en los niños con disfasias. Resulta necesario conocer los distintos niveles de desarrollo en estos aspectos no directamente lingüísticos de cara a la selección de estrategias para los programas de reeducación y al establecimiento de pronósticos. Veamos los aspectos más destacados: a) Aspectos cognitivos. Llamen la atención las dificultades en la memoria a corto plazo y el procesamiento secuencial, en la estructuración del tiempo y el espacio y en el juego simbólico; b) Aspectos perceptivos. Sobre todo, tienen problemas en la discriminación de estímulos auditivos, necesitan mayor tiempo de latencia para responder y más tiempo en la presentación de estímulos; c) Aspectos psicomotores. Algunos pueden presentar acompañando al retraso del lenguaje dificultades prácticas, alteraciones en el proceso de lateralización e inmadurez de las destrezas motoras aunque, a decir de Engel y cols. (1999), hoy estos aspectos son discutibles; d) Aspectos conductuales. Alteración de la capacidad de atención, hiperactividad y en algunos casos alteración de las relaciones afectivas y del control de las emociones.

En la actualidad, la naturaleza unidireccional o bidireccional de las relaciones entre las manifestaciones lingüísticas y no lingüísticas de estos niños es un problema para el cual no existe una contestación definitiva. De momento, nos hacemos las mismas preguntas que Belinchón y cols. (1992:723):

¿En qué consisten los déficits lingüísticos de los niños disfásicos? ¿En qué medida pueden explicarse como resultado de un enlentecimiento en el desarrollo de competencias cognitivas y simbólicas más generales? ¿En qué medida, por el contrario, implican una alteración específicamente lingüística?

4. Factores diferenciales en relación a otros trastornos

Como señala De la Fuente (1982), las fronteras entre las disfasias, los retrasos simples del lenguaje y los retrasos del habla son a veces tan ambiguas que resultan difíciles de delimitar. Aparecen diferencias evidentes entre los casos extremos, pero hay zonas intermedias que se relacionan mutuamente. Sólo una observación longitudinal seguida en el tiempo permitirá una opinión cierta. Habrá que seguir al niño durante algún tiempo antes de establecer el pronóstico.

Perelló (1979), entre otros, ha establecido muy claramente la distinción entre *retraso del habla* y *retraso del lenguaje*. El primero no afecta a la comprensión, mientras que el segundo la afectará proporcionalmente a la gravedad del mismo. El *retraso del habla* ha sido denominado por autores como Ingram (1983) y Bosch (1984) como *trastorno fonológico*.

El retraso simple es el menos grave de los trastornos con alteraciones a nivel receptivo. A primera vista cuesta distinguirlo del *retraso del habla* puesto que generalmente presenta problemas de habla asociados. Aparentemente los niños tienen una buena comprensión, entienden muchas cosas gracias al contexto extralingüístico y sólo una exploración con pruebas específicas demuestra ciertas lagunas relacionadas con los conceptos básicos (espaciales, temporales, colores...). Por el contrario, en los niños disfásicos existen importantes dificultades de comprensión, aunque éstas no sean tan graves como las de expresión. En la disfasia, tienen mayor importancia los trastornos asociados, especialmente los de memoria inmediata, secuenciación, atención, discriminación auditiva y estructuración temporal. El pronóstico en el retraso simple, como ya hemos señalado en la introducción, es alentador y sin embargo la disfasia evoluciona muy lentamente y es muy resistente a la intervención logopédica.

La diferencia con respecto a la afasia adquirida parece más clara. En opinión de Deus y cols. (1992:239), «la causa de la alteración del lenguaje es la presencia de una lesión neuroanatómica que impide que las áreas lingüísticas puedan llevar a cabo su función, pero es posible, de acuerdo a los principios de plasticidad cerebral durante la infancia, que otras áreas afines puedan llevar a cabo tales funciones. No parece ser el caso de cuadros disfásicos o afasias del desarrollo».

5. La detección de la disfasia

Los procedimientos que podemos utilizar para la evaluación de la disfasia no se diferencian prácticamente en nada de los que vamos a emplear en otros problemas del desarrollo del lenguaje. En general, se suelen combinar tests o escalas con el análisis de registros del lenguaje espontáneo. Las escalas para estos casos cuyos déficits son tan importantes, nos sirven más para sistematizar nuestras observaciones que para conseguir una evaluación en términos cuantitativos, debido a la frecuente heterogeneidad de la evolución de estos niños.

El primer paso en el proceso de diagnóstico, consistirá en averiguar si nos hallamos ante un *trastorno general* (puede tratarse de un trastorno más general de la patología infantil que cursa con alteraciones del lenguaje) o ante un *trastorno específico*. Es decir, se trata en un primer momento de diferenciar el cuadro de otras entidades patológicas susceptibles de explicar también una parte o la totalidad de los síntomas.

Belinchón y Cadenas (1986), teniendo en cuenta la extrema variabilidad de los casos, defienden que es preciso recurrir a sistemas de evaluación multiaxiales que permitan abordar la problemática del niño desde varios ángulos.

Siches (1993) describe en su artículo *Criterios para el diagnóstico de «retrazo del lenguaje» como trastorno específico del desarrollo*, los criterios médicos y psicológicos que nos permiten establecer el diagnóstico diferencial de los trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y que presentamos a continuación porque resultan prácticos de cara al diagnóstico de la disfasia, entendida ésta como un trastorno severo del desarrollo del lenguaje. Los criterios son los siguientes:

- No deben presentar deficiencia auditiva en la audiometría tonal liminar.
- No deben existir síntomas de trastorno neurológico mayor en el examen clínico.

- El C.I. valorado a través de pruebas no verbales de inteligencia debe ser superior a 80.
- Pueden estar afectadas otras áreas del desarrollo (ritmo, lateralidad, memoria auditiva, motricidad fina...). Se consideran éstas como trastornos asociados, que pueden acompañar, pero no son condición necesaria para el diagnóstico de disfasia.
- Se excluyen los trastornos graves de organización de la personalidad; niños que presenten patologías que afecten a la totalidad del desarrollo, como por ejemplo el autismo.
- Pueden ser compatibles con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, la enuresis y con alteraciones funcionales del comportamiento (tales como rabietas e inquietud motora).

Partimos de la base de que el proceso de la evaluación debe estar ligado al de la intervención. Por lo tanto, ésta debe aportarnos los elementos suficientes para la toma de decisiones en cuanto a la orientación general de la educación del niño y, más precisamente, en lo que se refiere a las estrategias del programa de intervención logopédica.

Para Monfort y Juárez (1993), es necesario distinguir entre la evaluación inicial y la evaluación durante la intervención. En la primera, se trataría de obtener datos acerca del nivel de partida que presenta un niño en relación a la comunicación y al lenguaje, de descartar otras explicaciones y de valorar la influencia de los posibles factores asociados que se puedan presentar. Y en la segunda, de comprobar los cambios que se han producido después de un período de intervención. A veces, éstos son muy pequeños y difícilmente apreciables a través de tests por lo que conviene recurrir a otras estrategias tales como grabaciones periódicas, procurando obtener muestras fácilmente comparables o utilizar observadores que nos permitan contrastar los datos.

6. Algunas orientaciones para la intervención en el lenguaje con los niños disfásicos

Es difícil ofrecer un modelo único de intervención para una dificultad que adopta formas tan diversas. Cada niño y su necesidad es un caso distinto y sus síntomas pueden manifestarse de diferentes maneras.

En este sentido, resulta muy práctica la propuesta que hacen Monfort y Juárez en su libro *Los niños disfásicos* (1993). En él, presentan un programa con tres niveles fundamentales de intervención que pueden, en un mismo caso, aplicarse de forma sucesiva o simultánea en una secuencia o en otra. La in-

tención de los autores con este modelo, ha sido la de ordenar los recursos elaborados empíricamente por generaciones de profesionales implicados en la solución de los problemas de la comunicación y el lenguaje.

El primer nivel es el de la *estimulación reforzada* y consiste en la presentación de los estímulos comunicativos y verbales naturales en un entorno facilitador, incrementando su estabilidad y aumentando la intensidad de las interacciones que se establecen con los adultos, con los otros niños, etc. Se incluyen, por lo tanto, en este nivel, las orientaciones que facilitamos los logopedas a los padres, a los profesores y a las personas cercanas al niño acerca de cómo debe ser el lenguaje que dirigimos a los niños y sobre la importancia del aprendizaje y puesta en práctica de algunas técnicas o estrategias de comunicación para facilitar y mejorar las interacciones comunicativas.

Se trata de planificar la enseñanza de la lengua dentro de contextos comunicativos reales en los cuales puedan ponerse en práctica estrategias implicadas en el uso del lenguaje a través de una metodología comunicativa. En la misma línea que Engel y cols. (1999:146) entendemos por metodología comunicativa, funcional o pragmática «aquella caracterizada básicamente por intentar *recrear*, que no *reproducir*, las condiciones interactivas de la diada adulto-niño en la edad temprana de adquisición del lenguaje, con el objetivo de reforzar los mecanismos naturales de adquisición del lenguaje». Esto supondría el uso de métodos más activos en las aulas, con mayor participación por parte del niño, una visión naturalista del desarrollo del lenguaje con la comunicación como objetivo primordial. Desde este acercamiento de intervención cabe preguntarse ¿qué pueden hacer los maestros en sus aulas? En este sentido, nos parecen interesantes las orientaciones que proponen Vilaseca y Del Río (1997) en cuanto a la planificación del entorno, es decir, organizar el espacio del aula, la distribución de los materiales, las actividades propuestas, etc. Es muy probable que la interacción comunicativa iniciada por un niño prosiga si la actividad o el ambiente le interesan, si necesita ayuda para conseguir o utilizar un material determinado, si se le ofrece la oportunidad de elegir entre varias posibilidades (varios juegos, respuestas, tareas...). Estas estrategias más globales pueden combinarse con una acción más específica dirigida a los componentes fomal y semántico del lenguaje que, debería ser llevada a cabo por un profesional especialista (maestro de audición y lenguaje o logopeda).

El segundo es el nivel de *reestructuración* que incluye las estrategias dirigidas a facilitar la entrada y salida de la información en los niños disfásicos, es decir, las que mejorarán el *input* y el *output*.

En este nivel se propone la introducción de sistemas aumentativos de comunicación añadiendo información visual, táctil o motriz al componente

acústico del habla. También el entrenamiento específico de las aptitudes perceptivas, motoras, cognitivas y/o conductuales relacionadas con el desarrollo de la comunicación y del lenguaje que se encuentren significativamente deficitarias en el niño y, por último, el entrenamiento formal de contenidos lingüísticos concretos.

El tercer nivel se corresponde con la introducción de los *sistemas alternativos de comunicación*. Hasta hace unos años estos sistemas se contemplaban como el último intento educativo frente al fracaso de otras opciones anteriores. Actualmente esta postura ha ido modificándose. De esta manera, cuando observamos que la comunicación verbal no es posible o se limita a unos niveles rudimentarios que contrastan con las necesidades y el grado de desarrollo general del niño, se introducirá algún sistema alternativo que, en unos pocos casos, será la solución definitiva pero que, en la mayoría de ellos, se transformará poco a poco en un sistema aumentativo, integrándose entonces en el conjunto de medidas previstas por el segundo nivel.

Este modelo de organización de las estrategias de intervención en tres niveles complementarios y flexibles, constituye una guía práctica muy completa para la intervención logopédica con niños que presentan graves retrasos del lenguaje. La propuesta abarca la mayoría de las técnicas que se utilizan habitualmente en los problemas del lenguaje y nos facilita, al mismo tiempo, la posibilidad de poder emplear varias en un momento determinado.

6. Conclusiones

Aún son varias las cuestiones que quedan por resolver sobre este tema. Sin embargo, un aspecto a tener en cuenta es que la logopedia ha ido evolucionando y ampliando sus contextos de intervención hacia marcos más amplios que los tradicionales, donde cabe, por ejemplo, la orientación familiar y la prevención desde del medio escolar.

Es evidente que debemos ir hacia propuestas dinámicas e interactivas, como hemos visto en el modelo de Monfort y Juárez (1993), que ofrezcan formas combinadas de acción basadas en la estimulación sistemática dentro del aula, el trabajo familiar, enfoques funcionales y comunicativos y el trabajo formal. Por tanto, no nos angustiemos con cuestiones acerca de cuándo y cómo empezar una intervención especializada puesto que una atención precoz centrada en varias modalidades, y llevada a cabo a través de un trabajo conjunto donde se impliquen padres, profesores y logopedas, podría resultar suficiente para dar inicialmente una respuesta adecuada a esta dificultad del lengua-

je. Luego, la propia evolución del niño nos irá indicando el camino a seguir y el programa más adecuado. En consonancia con lo expuesto, ante las dudas de disfásico o no disfásico, retraso grave del lenguaje o moderado, la intervención de los maestros y especialistas no debe estar condicionada por la espera de un diagnóstico diferencial definitivo.

Bibliografía

- AGUADO, G. (1988): «Retardo del lenguaje». En PEÑA CASANOVA, J. (ed.). *Manual de logopedia*. Barcelona: Masson.
- AJURIAGUERRA, J. (1980): *Manual de Psiquiatría infantil*. Barcelona: Toray-Masson.
- BELINCHÓN, M. y CADENAS, C. (1986): «Disfasia infantil: descripción y tratamiento». En MONFORT, M. (Ed.). *Investigación y logopedia*. Madrid: CEPE.
- BELINCHÓN, M.; RIVIERE, A. e IGOA, J.M. (1992): *Psicología del lenguaje: Investigación y teoría*. Madrid: Trotta.
- BOSCH, L. (1984): «El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación». En Siguán, M. (dir.): *Estudios sobre psicología del lenguaje infantil*. Madrid: Pirámide.
- CARDONA, M. (1997): «El papel de la comprensión en el trastorno específico de lenguaje durante la conversación dirigida». *Logopedia, foniatría y audiolología*, 17, 2, 93-102.
- CONTI-RASDEN, G. (1995): «Los niños con trastornos específicos del lenguaje: características e interacción social». En MONFORT, M. (ed.). *Enseñar a hablar. IV Simposio de Logopedia*. Madrid: CEPE.
- CHEVRIE-MÜLLER, C. (1997): «Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje». En NARBONA, J. y CHEVRIE-MULLER, C. (eds.). *El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos*. Barcelona: Masson, 249-275.
- CRYSTAL, D. (1983): *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.
- DEUS, J.; JUNQUÉ, C. y VILA, M. (1992): «Disfasia pura: un estudio neuropsicológico y de neuroimagen». *Revista de logopedia, foniatría y audiolología*, 12, 4, 231-242.
- ENGEL, A. y cols. (1999): «Intervención educativa en niños/as con retraso específico del lenguaje en la escuela infantil». *Logopedia, foniatría y audiolología*, 19, 3, 141-149.
- FUENTE, M. de la (1982): «Disfasias y afasias infantiles», *Rehabilitación*, 16, 4, 307-315.
- GALLEGO, J. L. (1999): «Retrasos en el desarrollo del lenguaje» En LOU, M^a A.; JIMÉNEZ, A. (eds.). *Logopedia. Ámbitos de intervención*. Málaga: Aljibe, 19-32.
- INGRAM, D. (1983): *Trastornos fonológicos en el niño*. Barcelona: Ed. Médica y Técnica.
- LAUNAY, C. y BOREL MAYSONNY, S. (1989): *Trastornos del lenguaje, la palabra y la voz en el niño*. Barcelona: Masson.
- MONFORT, M. y Juárez, A. (1993): *Los niños disfásicos*. Madrid: CEPE.
- Perelló, J. y cols. (1984 [1978, 1979]): *Perturbaciones del lenguaje*. (3^a ed.). Barcelona: Científico-Médica.
- PÉREZ, E. (1997): «Coherencia y cohesión en las narraciones de niños y niñas con trastorno específico de lenguaje». *Logopedia, foniatría y audiolología*, 17, 2, 103-111.

- RAPIN, I. y ALLEN, D.A. (1983): «Developmental language disorders: nosologic considerations». En Kirk, U. (ed.). *Neuropsychology of language, reading and spelling*. New York: Academic Press.
- RODRÍGUEZ SANTOS, J. M. (1995): «El problema de la especificidad en el trastorno específico del lenguaje (SLI)». En MONFORT, M. (ed.): *Enseñar a hablar. IV Simposio de Logopedia*. Madrid: CEPE.
- RONDAL, J. A. (1982): *El desarrollo del lenguaje*. Barcelona: Médica y Técnica.
- RONDAL, J. A. y SERON, X. (1988): *Trastornos del lenguaje III*. Barcelona: Paidós.
- SERRA, M. (1997): «Dificultades cognitivas y lingüísticas en los niños con trastorno específico de lenguaje». *Logopedia, Foniatría y Audiología*, 17, 2, 79-91.
- SICHES, E. (1993): «Criterios para el diagnóstico de «retraso de lenguaje» como trastorno específico del desarrollo». *Logopedia, foniatría y audiolología*, 13, 3, 162-168.
- VILASECA, R.M. y DEL RÍO, M^a J. (1997): «La intervención en el área del lenguaje: un modelo interactivo y naturalista». *Infancia y aprendizaje*, 77, 3-17.