

Psicología

TRASTORNOS DEL LENGUAJE: LA AFASIA

INMACULADA BERNARDO GUTIERREZ

RESUMEN

A lo largo de este trabajo se ha intentado analizar de una forma general, la patología del lenguaje conocida con el nombre de *afasia*. Así pues, las consideraciones teóricas desarrolladas en el mismo, tratan de aportar al lector una visión que le permita adquirir un conocimiento crítico sobre el tema. Enmarcado el trastorno afásico dentro de las patologías del lenguaje, se realiza una descripción sobre los aspectos *terminológicos, etiológicos y clasificatorios*. No hemos de olvidar, tampoco la atención prestada al ámbito de la *rehabilitación o tratamiento*, donde se analizan las diferentes estrategias de intervención y recuperación.

Palabras clave: Patología del lenguaje; Afasia; Consideraciones teóricas; Intervenciones y tratamiento.

ABSTRACT

The main aim of this work is a general analysis of the language pathology known as *aphasia*. The theoretical considerations, developed throughout this work (try to), bring forward a perspective that a critical knowledge about the subject.

After the aphasic disorder has been formulated within the pathologies of language, his work carries out a description of the *terminological, ethiological and classifying* aspects. The attention paid to the field of *rehabilitation or treatment*, whose different strategies of intervention and recovery have been analysed cannot be forgotten either.

Key words: Language pathology; Aphasia; The theoretical considerations; Rehabilitation.

Siendo el lenguaje el principal medio de comunicación en la interacción humana, es evidente que el desarrollo de los métodos y técnicas referentes al conocimiento de la conducta lingüística y sus trastornos, adquieran una significación relevante ante la necesidad real de ayudar a las personas que padecen dificultades a estos niveles.

Sin embargo, y debido precisamente a esta necesidad, muchos de los métodos y técnicas ideados para paliar estos trastornos se han desarrollado sin disponer aún de un conocimiento suficiente sobre la conducta lingüística. Este hecho junto con la confluencia heterogénea de disciplinas en el estudio del lenguaje, ha originado una gran confusión en la definición y delimitación del campo de estudio.

Así por ejemplo, en un primer momento y como consecuencia del predominio de los modelos médico-organicistas, se estableció una relación causa-efecto entre alteraciones orgánicas y trastornos del lenguaje. Estas concepciones organicistas fueron progresivamente dejando paso a la descripción de las conductas perturbadas y/o a la manera en que se veían afectados los procesos y componentes del lenguaje o de la actividad lingüística, a partir de la incorporación de criterios lingüísticos, psicológicos y preferentemente de los modelos conductuales y cognitivos.

En este contexto evolutivo complejo, referido aquí de forma muy sucinta, no se ha llegado hoy por hoy a una definición universal, siendo que los trastornos del lenguaje pueden conceptualizarse desde numerosos puntos de vista. Existen en la actualidad cientos de definiciones de trastornos del lenguaje. De igual modo, llegar a una clasificación exacta y exhaustiva de los mismos es muy difícil. Las clasificaciones varían en función de la actividad lingüística que consideremos, del modelo teórico que se adopte, de los criterios taxonómicos que se consideren esenciales etc.. Es por ello, que algunos autores tratan de superar esta problemática, aportando determinados criterios para la definición y la clasificación, más que, resaltar determinadas definiciones o clasificaciones particularizadas.

Para C. G. López (1989) a la hora de definir los trastornos del lenguaje deben tomarse como criterios la desviación respecto a la norma lingüística, y muy especialmente la deficiencia o la ineficacia funcional (el lenguaje no es inteligible o perturba la comunicación, no sirve para comunicar o no sirve para pensar). La integración de estos criterios permite una definición en la que se reflejen los aspectos de dificultad, conducta desviada, comunicación ineficaz, adecuación al contexto, norma lingüística, procesamiento y actividad lingüística: Trastornos del lenguaje son las dificultades totales o parciales para comunicarse eficazmente en el seno de una comunidad determinada, que afectan a la producción y/o a la comprensión oral y/o escrita de cualquier secuencia de locuciones cuando estas se desvían de las normas del sistema lingüístico propio de dicha comunidad (Mayor y Gallego, 1987).

Esta concepción pluridimensional de las perturbaciones de la conducta lingüística (Mayor, 1984; Mayor y Gallego, 1987) enlaza con una perspectiva ecléctica y pragmática en la clasificación de las mismas. Así pues, frente a la mayor parte de las clasificaciones que suelen emplear como criterios las dicotomías básicas –producción/comprensión, habla-lenguaje, orgánico-funcional– las clasificaciones eclécticas, incorporando diferentes criterios, y utilizando los más relevantes en cada caso, (conductuales, lingüísticos, cognitivos, clínicos, educativos, ...) intentan cubrir el campo de una forma razonable: 1) Trastornos del desarrollo del lenguaje, 2) Trastornos de la articulación, 3) Trastornos de la voz, 4) Trastornos de la fluidez, 5) De la audición, 6) Afasias, 7) Tras-

tornos del lenguaje vinculados a la enfermedad mental, 8) Lenguaje autista, 9) Lenguaje de los deficientes, y 10) Trastornos de la lectura y la escritura. No obstante la utilidad de las clasificaciones desde el punto de vista científico, académico y profesional aconseja su uso teniendo siempre en cuenta como señala Crystal (1982) que toda clasificación tendrá siempre un considerable grado de arbitrariedad.

Las consideraciones reseñadas a lo largo de los párrafos precedentes, pueden extenderse igualmente, al campo de la intervención o tratamiento. Existen diferentes tipos de intervención en el lenguaje que integran conocimientos y técnicas procedentes de numerosas disciplinas (Psicolingüística, Psicología evolutiva, Modificación de conducta, Psicología cognitiva, Logopedia, Foniatría, Audiología) orientadas a resolver o minimizar los problemas que plantea la ausencia, el retraso o el trastorno del lenguaje.

Podría decirse finalmente, que en este contexto de diversidad, el planteamiento actual de la intervención en el lenguaje esta resultando mas diversificado, riguroso y efectivo, que la reeducación o la rehabilitación inscrita, casi exclusivamente, en el modelo médico. Los modelos lingüísticos que se van imponiendo se caracterizan por intentar un riguroso control, por ajustarse a la complejidad y pluridimensionalidad de la conducta lingüística —normal y desviada—, y por asegurar la suficiente flexibilidad, para adecuarse a las condiciones del sujeto con trastornos lingüísticos y a las condiciones ambientales.

1. LA AFASIA, PROBLEMAS GENERALES

Entre los trastornos del lenguaje consecutivos a una afección del SNC, sobre todo la afasia será digna de nuestra atención, y ello no solo porque se convierte en el objeto de nuestro estudio, sino porque dicho trastorno cumple mejor las condiciones que le hacen apto para el análisis científico. En efecto, resultantes de una afección limitada (focal) del tejido nervioso y sobrevencidos a un sujeto que hasta el momento hablaba normalmente, los trastornos afásicos presentan una variedad de cuadros patológicos que dislocan a distintos niveles los procesos concurrentes en la comprensión y emisión de los mensajes lingüísticos.

Existe, en la actualidad, un amplio acuerdo en considerar que un trastorno afásico es el resultado de una lesión cerebral relativamente focal, y con mucha frecuencia, localizada en la parte central, del hemisferio izquierdo. Pero como advierte Hecaen (1979), si bien es cierto que existe un acuerdo bastante amplio entre los clínicos respecto de lo que es o no un trastorno afásico, las cosas, a nivel teórico distan todavía mucho de estar claras.

Este debate, que de hecho, se confunde con la histórica de la afasia, ha enfrentado siempre a dos escuelas: una unitaria, que considera a la afasia como única e indisoluble, y otra, que descubre en la diversidad de los trastornos afásicos otros tantos tipos de desorganización de la actividad del lenguaje, diferenciables los unos de los otros. Así, por ejemplo, Tissot (1966) sugiere eliminar de la afasia todos aquellos trastornos que no se manifiesten exclusivamente en la modalidad del lenguaje. Estos trastornos son para dicho autor, o bien de naturaleza perceptiva (agnosia) o bien de naturaleza

motriz (apraxia). Sin embargo, Hécaen (1972) apoyándose en la distinción competencia-ejecución, y haciendo de la afasia un trastorno de la ejecución, integra todos estos trastornos en el campo de la afasia.

Esta controversia teórica es más fácil de comprender con el examen de lo que acontece en la práctica habitual, cuando el clínico se ve obligado a plantear un diagnóstico. Un examen clínico siempre consiste, de hecho, en intentar comprender el nivel en el que se sitúa la alteración de la conducta y las grandes categorías de comportamientos que se ven afectadas por la lesión cerebral. Un paciente, por ejemplo, puede presentarse a examen en un estado de completo mutismo. En otras palabras, no emite ninguna palabra, no responde a las preguntas, no repite nada, etc. Este mutismo, de hecho, será o no considerado como un signo de afasia en función de lo que se descubra alrededor, más allá y más acá, de dicho trastorno.

En resumen, para establecer la existencia de un trastorno afásico es necesario descartar la existencia de trastornos más elementales de naturaleza motriz o sensorial, como la existencia de perturbaciones más generales que repercuten en el conjunto del comportamiento (Rondal, y Seron, 1991). Cuando el trastorno parece estrictamente limitado a las conductas verbales, la distinción entre lo que es un trastorno afásico y lo que no lo es, depende de las concepciones teóricas asumidas apriorísticamente por los autores. Las discusiones giran en torno a concepciones de la actividad del lenguaje, respecto de lo que es estrictamente específico, y respecto de la medida en que se considere que un trastorno del lenguaje, es o no, un trastorno que afecta a todas las modalidades de la actividad verbal.

2. FORMAS CLINICAS DE LA AFASIA

Es fácil presuponer, que la clasificación de las afasias, siga siendo hoy objeto de abundantes controversias, si tenemos en cuenta que actualmente se discute todavía si existe una afasia o varias afasias. Para un cierto número de autores contemporáneos no hay más que una verdadera afasia: la afasia de Wernicke que afecta a todas las modalidades de la comunicación verbal. Desde esta perspectiva cuando se aíslan formas diversas es porque perturbaciones ajenas al lenguaje (apraxias, agnosias, amnesias...) vienen a sumarse a los trastornos afásicos de base y si determinado aspecto particular del lenguaje está afectado de manera aislada no se trata ya de un fenómeno de naturaleza propiamente afásica.

Sin embargo, es evidente, que en la actualidad existen tantos sistemas de clasificación como escuelas neopsicológicas hay interesadas en los trastornos verbales. En este contexto, algunas grandes formas de afasia —de Broca, Transcortical motriz, de Wernicke, Conducción, Transcortical sensorial, Global— no solo son negadas, por algunos autores, como entidades clínicas aisladas, sino y además, otros las subdividen en varias subclases, o incluso, las aíslan de otras formas no descritas aquí.

Por otro lado, debemos tener en cuenta que la neurolingüística contemporánea está atravesada por tres grandes corrientes principales. La primera ha conservado intacto el proyecto inicial de la neurolingüística: establecer un puente entre los fenómenos neurofisiológicos y neuroanatómicos y los hechos conductuales. La segunda

corriente, mas reciente, se interesa mucho menos por los substratos cerebrales de la actividad del lenguaje, consistiendo su objetivo principal en utilizar la patología conductual para comprender como se organizan las operaciones mentales que subyacen en la conducta del lenguaje. Y la tercera, desde un punto de vista funcional se insiste sobre los aspectos comunicativos e interactivos del lenguaje.

Así, pues, desde el punto de vista neurológico los criterios son esencialmente de orden neuropsicológico: hablar, leer, escribir, comprender mensajes orales, implican la participación de sistemas motores, de órganos y de centros de tratamiento perceptivos periféricos y centrales. Este punto de vista sensoriomotor está en el origen de la mayoría de las clasificaciones sobre la afasia. Siendo que, en el seno de estos sistemas de clasificación, se postula la existencia en el SNC de centros cerebrales distintos y de vías de asociación entre estos centros. Este es el caso, por ejemplo, de las afasias llamadas casi puras, donde la afección electiva de la emisión oral dará lugar a la anartria, la de la emisión escrita a la agrafia, la de la recepción oral a la sordera verbal y la de la recepción escrita a la alexia.

Estos modelos asociacionistas, en los que algunos autores consideran que las localizaciones mejor establecidas siguen siendo discutibles, la dificultad principal planteada reside sobre todo en lo que tales modelos no pueden enseñarnos. El modelo de Heilman, por ejemplo, no puede dar cuenta del agramatismo (trastorno de la gramática que acompaña frecuentemente a la afasia de Broca) ni de la disintaxia (trastorno gramatical de otra naturaleza que se observa en la afasia de Wernicke), no puede dar cuenta tampoco de los trastornos de evocación verbal presentes en la mayoría de las afasias etc.

De este modo los distintos tipos de afasia expresan dimensiones lingüísticas que vuelven a encontrarse en otros niveles de análisis, quedando la patología integrada en un modelo general del lenguaje. No es posible sacar a la luz ninguna regla subyacente a la regresión del lenguaje, sin el uso coherente de una metodología y de técnicas nacidas en la lingüística (Jakobson, 1969). De igual modo, la dicotomía entre la competencia y la ejecución lingüística, inspiradas por Chomsky (1965), constituyen aportaciones lingüísticas destacadas que han influido en los debates afasiológicos. La importancia de estas teorías lingüísticas radica en el hecho por ellas asumido de que la aplicación de los criterios lingüísticos, en la interpretación y en la clasificación, es susceptible de contribuir substancialmente a la ciencia del lenguaje y de los trastornos del lenguaje.

No podemos olvidar en esta breve revisión sobre las formas clínicas de la afasia, el punto de vista funcional. Ciertamente numerosas observaciones clínicas nos han enseñado que los trastornos del lenguaje encontrados en la afasia son variables en un mismo sujeto en diferentes momentos de evolución de la enfermedad. Esta regla de variabilidad ha recibido en un contexto particular el nombre de disociación automático voluntaria o principio de Baillarger-Jackson. Según este principio, ciertos segmentos lingüísticos de uso frecuente en la lengua (fórmulas de cortesía, los saludos, las interjecciones, juramentos...) pueden quedar preservadas, mientras que los enunciados equivalentes (en cuanto a su complejidad) no podrán ser emitidos a demanda del examinador en situación de examen.

Si dependiendo del contexto ciertas conductas pueden ser o no emitidas, una teoría neurolingüística, sea cual se su inspiración teórica deberla ser capaz de explicar

estos hechos. Desde un punto de vista neuroanatómico, la persistencia de este lenguaje residual, ha servido de partida para numerosas investigaciones referentes al papel del hemisferio derecho en el lenguaje. Para otros el mantenimiento del comportamiento lingüístico en frases hechas puede proceder de adquisiciones escolares (series de números, días de la semana, meses del año...) y de la naturaleza del aprendizaje y su intensidad. Mientras que en otros casos (juramentos, interjecciones) el carácter emocional de la emisión podría ser el preponderante.

Por tanto, la producción y comprensión del mensaje no constituye tan solo comportamientos lingüísticos cuyos componentes se intenta analizar, sino que se trata, con mayor frecuencia, de interacciones de un sujeto con su entorno social y físico. Es de tal forma, que el punto de vista funcional ha contribuido inspirando una corriente importante de investigación es, insistiendo sobre todo en los aspectos comunicativos del lenguaje, aspectos que tienden a olvidar las demás corrientes.

3. CONSIDERACIONES SEMIOLOGICAS Y ETIOLOGICAS

La patología del lenguaje consecutiva a las afecciones del SNC presenta un interés muy particular para el neurólogo y para el psicólogo. El análisis de los datos patológicos permite, en primer lugar, realizar un cierto número de inferencias sobre la organización y funcionamiento cerebral, y el análisis de los trastornos del lenguaje permite, por otro lado, comprender algo mejor el funcionamiento y la organización de esta conducta humana particularmente compleja.

Ciertamente hay trastornos del lenguaje que pueden definirse con precisión a partir de su etiología: sordomudez, afasia adquirida, rinofonía por fisura palatina... Sin embargo, otros trastornos, no tienen en la actualidad una etiología conocida y, además presentan un conjunto de síntomas extremadamente complejos que afectan a todos los aspectos del lenguaje y aparecen asociados a otros trastornos evolutivos; es el caso, por ejemplo de la disfasia y de la afasia infantil congénita.

Es por ello, que los intentos de descripción y clasificación suelen situarse en niveles distintos; unos intentan partir del sustrato neurológico (Bernaldo de Quirós, 1975), otros se basan en una descripción lingüística (Crystal, 1983) y otros en un modelo de explicación funcional (Ajuriaguerra, 1965; Perello y Col., 1978).

Para Rondal y Xeron (1991) el interés de los hechos patológicos reside en el hecho de que las conductas verbales normales se nos presentan con mucha frecuencia como un todo indisociable, en cuyo seno los elementos constituyentes son difíciles discernir. Descubrir, por ejemplo, que tras una lesión cerebral, un sujeto puede experimentar dificultades para encontrar las palabras sin presentar trastorno alguno de la gramática es un hecho por demás interesante ya que deja suponer que estos dos aspectos de las conductas verbales pueden ser funcionalmente distintos.

Así, pues para analizar desde este punto de vista los comportamientos verbales, la psicología dispone de dos vías de enfoque en el sujeto normal: a) *el enfoque del desarrollo* que permite describir la progresiva emergencia en el niño, descubrir así ciertos órdenes de adquisiciones, deducir niveles de complejidad..., y b) *la investigación experimental psicolingüística* que puede, componiendo situaciones particulares, anali-

zar las reacciones (velocidad o naturaleza de la reacción) de los sujetos sometidos a estímulos verbales variados y deducir de ellas ciertas leyes de organización del lenguaje. Una tercera vía de enfoque, es la que nos ofrece la patología cerebral, al sacar a la luz lo que es el comportamiento verbal cuando ciertos procesos que concurren en su realización quedan en suspenso o son perturbados.

La descripción, par tanto, de los trastornos afásicos plantea un cierto número de problemas metodológicos y teóricos. A estos hay que añadir, además, que en un mismo paciente y en un mismo momento de evolución de la enfermedad la semiología es variable. Ciertos factores, como el estado de fatiga del sujeto y diversas variables afectivas, pueden modificar la calidad de sus actividades verbales. Por otra parte, es habitual, observar que ciertos comportamientos verbales bien automatizados caracterizados por la frecuencia de su empleo en la lengua (y su mínimo valor proposional) resisten mejor a la enfermedad, y en ciertas circunstancias pueden aparecer perfectamente conservados.

Sin lugar a dudas todos estos factores influyen en el pronóstico y la intervención. Es difícil realizar un a predicción exacta del efecto de la rehabilitación, dada la gran cantidad de factores que concurren.

4. ESTRATEGIAS DE INTERVENCION Y RECUPERACION

Son varios los factores que pueden estar influyendo en el pronostico y en la predicción exacta de la rehabilitación de las afasias. En primer lugar hay que considerar los factores endógenos de la lesión(tipo, localización, etiología, tamaño...) y los del paciente (edad, dominancia manual, sexo...); se sabe, por ejemplo, que cuanto menos lateralizado esté el lenguaje en el hemisferio izquierdo menos vulnerable será a una lesión crítica de las áreas del lenguaje. Los cuadros afásicos especiales, como la afasia en el niño, en el zurdo y la afasia cruzada suelen presentar recuperaciones más tempranas.

Entre los factores exógenos sobresale la rehabilitación del lenguaje; es indudable que una estimulación sistemática del lenguaje permite una evolución mayor (Peña, 1988). Otros aspectos como la actuación de la familia, el nivel intelectual y educativo premórbido, el nivel del lenguaje, la salud general, y la actitud hacia la recuperación, han de ser tenidos en cuenta.

Por el contrario factores patológicos asociados (alteraciones del nivel de conciencia, déficit sensorial o motores, epilepsia o la frecuente depresión) hacen más cuestionable la recuperación.

De otro lado, la recuperación es mayor cuanto antes se empiece el tratamiento y cuanto más frecuentes sean las sesiones. Aquellos que han recibido mucha reeducación, de forma precoz y prolongada, presentan una evolución notablemente favorable (Aimard, 1972). Se observa, así mismo, que la mayor recuperación se da durante el primer mes de la lesión (recuperación espontánea, desaparición del cuadro agudo) y en el transcurso de los seis meses siguientes. Posteriormente la tasa de evolución decrece aunque no cesa.

Diversas metodologías en la rehabilitación

Señalaremos en este apartado algunas de las metodologías utilizadas en la rehabilitación de la afasia:

— *Empleo de métodos audiovisuales.*

Son fundamentalmente métodos auxiliares que permiten la ejercitación del afásico en tareas supervisadas posteriormente en el ámbito de la recuperación. Su ventaja radica en que emplean unas aferencias que la mayoría de los afásicos conservan indemnes o menos afectadas que la comprensión verbal.

— *Rehabilitación en grupo.*

Recomendada por Schuell, este tipo de intervención posibilita la interacción del afásico con otros pacientes. Le obliga a adaptarse, valorando sus problemas y animándose con el avance de los demás y el suyo propio.

— *MIT. "Melodic Intonation Therapy".*

Se basa este método en el apoyo que constituye la melodía, permitiendo que emerja la expresión oral en casos en los que han fracasado los métodos tradicionales. La expresión oral conseguida suele ser agramática, por lo que los autores recomiendan pasar a otro método tras tres meses de tratamiento exclusivo con el MIT.

— *Enseñanza Programada.*

Se basa en los principios del condicionamiento operante tal como fueron definidos por Skinner. El material se divide en pequeñas unidades organizadas jerárquicamente de modo que las primeras sustentan a las posteriores. El sujeto responde a preguntas sobre lo previamente aprendido; actuando el éxito de la respuesta como refuerzo positivo. Requiere una constante investigación, analizando las conductas terminales y los pasos necesarios para alcanzarlas a partir del nivel actual.

— *La corriente neuropsicolingüística.*

Las pautas de tratamiento se asientan en concepciones estructurales sobre la organización cerebral del lenguaje. Las aportaciones de la escuela soviética encabezada por Lúria, están íntimamente basadas en el trabajo de lingüistas como Jakobson, buscando en la clínica correlatos de los conceptos lingüísticos más sugerentes.

Bases lingüísticas en la afasiología

La corriente neuropsicológica se centra en hacer una descripción de la evolución temporal de los trastornos y definir las jerarquías de las funciones a rehabilitar. El modelo lingüista de Jakobson sobre la estructuración del lenguaje aporta datos de interés para la recuperación de los trastornos afásicos. Se apoya en las concepciones de Saussure y tiene interés al relacionar teorías lingüísticas con datos neurológicos y psicolingüísticos.

Elabora este método una tipología de los trastornos basada en tres dicotomías lin-

güísticas: a) Trastornos de la codificación (combinaciones, continuidad) frente a trastornos de la decodificación (selección semejanza); b) Trastornos por limitación contra trastornos por desintegración. Comprenden fundamentalmente las afasias de Broca, Wernicke y la de conducción, y c) Los trastornos de la sucesividad (secuencia) contra los trastornos de la simultaneidad (conurrencia).

Desde estos modelos se proponen metodologías para la rehabilitación que fundamentadas en las diferentes dicotomías, intervienen en las alteraciones de los sistemas funcionales que sustentan la actividad verbal: 1. Rehabilitación de la expresión verbal (Trastornos fónicos y fonológicos, alteraciones lexicales, alteraciones sintácticas), 2. De la comprensión del lenguaje (Trastorno gnóstico de la comprensión verbal, trastorno psicolingüístico de la comprensión oral, fallo acústico amnésico, alteraciones por falta de atención y actitud fabulatoria), 3. Rehabilitación de los trastornos de la expresión escrita (alteraciones del grafismo, disortografías, alteraciones de la escritura nivel lexical y morfosintáctico; 4. Reeducción de los trastornos de la comprensión del lenguaje escrito (alexia agnósica, alexia afásica).

Las estrategias de intervención son diversas y variadas, estando incardinadas específicamente en cada uno de los niveles lingüísticos deficitarios. Podemos encontrar así, con múltiples actividades facilitadoras de la rehabilitación (elaboración de un diccionario de palabras significativas, ejercicios de clasificación, apoyos perceptivos, de contexto verbal, apunte oral, código visual, métodos de estimulación sensorial, elementos rítmicos, evocaciones orales y escritas, transposiciones audiofonatorias y audiográficas,...) que en la intervención específica de los diferentes niveles deficitarios, tratan de conseguir la competencia lingüística final hasta ahora deteriorada.

La intervención conductual

Mención especial nos merecen en el campo de la intervención o rehabilitación de los trastornos afásicos, los modelos conductuales. Estos modelos, como bien se sabe, adoptan los principios de la psicología científico-experimental, concibiendo los trastornos como conductas que han de ser modificadas y no como meros síntomas, admitiendo, al mismo tiempo, la posibilidad de modificar las conductas desviadas a partir de la utilización de los principios del aprendizaje.

La enseñanza programada se basa, por tanto, en los principios básicos del condicionamiento operante tal como fueron definidos por Skinner. El material se divide en pequeñas unidades organizadas jerárquicamente, de modo que las primeras sustentan a las segundas. Pero además de la secuenciación jerárquica del material, son críticos de este proceso: 1. El efecto inmediato y diferencial que producen las respuestas correctas e incorrectas; 2. La frecuencia de ocasiones de que se disponga para el aprendizaje y 3. Las condiciones críticas del estímulo.

Citamos a continuación algunas metodologías de esta orientación:

— Response contingent. Small-Step-Treatment.

Enfatiza la importancia del conocimiento anterior. La jerarquía se constituye en función de la cantidad de ayudas (número de estímulos ofrecidos), de su importancia (poder del estímulo) y del tipo de respuesta del paciente (simultánea retardada, sucesiva). Esta metodología involucra estrategias facilitadoras y feedback, posibilitando la internalización e integración de estrategias por parte del paciente.

— *Estimulación programada en Base 10.*

Desarrollada por la Pointe, que la emplea en sesiones de 45 minutos, durante las que se trabajan diversas áreas, organizadas en series de 10 estímulos. Esto facilita la medición y comparación de los resultados, a través de la medición en porcentajes. Requiere cuatro condiciones: cuidadosa medida de las conductas iniciales (línea base); atención al uso de reforzadores; definición precisa de la conducta final ;control y definición de los estímulos.

En este contexto, y del mismo modo que otros programas más específicos se han desarrollado en el modelo del marco conductual, por ejemplo, los que tratan de corregir los trastornos de la articulación (Shelton, y McReynolds), la tartamudez (Ryan, 1971) la implantación del lenguaje en niños autistas (Lovaas, 1977,); la intervención de la afasia dentro de este modelo es perfectamente válida y recomendable.

La cuidadosa medida de las *conductas iniciales* o *línea base* (prestar atención, establecer contacto visual al tiempo que se vocaliza, imitar sonidos, sílabas, palabras). La atención al uso de *reforzadores* y de *otras técnicas conductuales* (la imitación, el modelado, el análisis de la tarea). La definición precisa de la *conducta final* y de los *objetivos* a conseguir (la adquisición de habilidades necesarias para el desarrollo del lenguaje, de respuestas funcionales al lenguaje hablado, y de conductas lingüísticas que permitan expresar necesidades y pensamientos); y todo ello incardinado dentro del *modelo*, A----B----C, (donde B representa las conductas en cuestión, A la conducta antecedente y C las consecuencias o efectos de emitir una u otra respuesta) sin lugar a dudas aportarían un diseño de intervención para la recuperación de los trastornos afásicos.

No son estas consideraciones, objeto principal de estudio en este trabajo, pero si se constituirán en el punto de partida de trabajos o investigaciones posteriores.

CONSIDERACIONES FINALES

La patología del lenguaje y su recuperación, concretizada aquí en la revisión del trastorno afásico, constituye un universo de temas que difícilmente pueden ser abordados en un trabajo de estas características

Se ha pretendido, por tanto, dar una visión general de la afasia enmarcada dentro de los trastornos del lenguaje, siendo de tal forma, que muchas de las características descriptivas del campo –etiológicas, terminológicas, clasificatorias– se observan igualmente en nuestro ámbito de estudio específico.

Así, hemos podido comprobar la dificultad existente, en la actualidad, para llegar a un acuerdo respecto a la definición estricta de afasia. Los problemas metodológicos y teóricos que plantea la descripción de los trastornos afásicos, objeto de abundantes controversias que sigue siendo la clasificación de la afasia aun hoy. Y finalmente, la diversidad en la intervención y recuperación de estos trastornos.

Ciertamente el problema de los trastornos del lenguaje y de su reeducación recibe una atención cada vez mayor. Y es precisamente por esto que la investigación a nivel teórico y práctico trate de dar respuesta a este hecho. La literatura sobre el tema está

en plena extensión. Los congresos, coloquios, y demás reuniones científicas son abundantes. Pero los desarrollos producidos en las diferentes disciplinas, que de lejos o de cerca, se refieren a los trastornos del lenguaje son tan numerosos que la propia pluralidad abunda más en los aspectos contradictorios que unificables del campo.

Sin embargo, no podemos negar, para finalizar, que tales desarrollos tienen, evidentemente, numerosas implicaciones clínicas y son de suma importancia para teóricos y prácticos. Al mismo tiempo, avalan una reflexión más constante, sobre las estrategias de intervención aplicables a los problemas reunidos aquí bajo el título de trastornos del lenguaje.

BIBLIOGRAFIA

- AYMARD, P. (1972): *L'enfant et son langage*. Villeurbanne: Simep.
- AJURIAGUERRA, J. (1965): Evolution et pronostic de la dyspasie chez l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, VIII, pp. 391-453.
- BERNALDO DE QUIROS, J. (1975): *Las llamadas afasias infantiles*. Buenos Aires: Panamérica.
- CHOMSKY, C. (1965): *Aspects of the theory of Syntax*. Cambridge: MIT Press. Trad. cast. Aguilar, Madrid, 1970.
- CRYSTAL D. (1982): *Introduction to language Pathology*. Londres: Arnold.
- HÉCAEN, H. (1972): *Introduction a la Neuropsychologie*. Paris: Larousse.
- HÉCAEN, H. y ABERT, M. L. (1978): *Human Neuropsychology*. New York: Wiley.
- JAKOBSON, R. (1969): *Langage enfantin et aphasie*. Paris: Editions de Minuit.
- LOVAAS, O. I. (1977): *The autistic Child: Language Development Through Behavior Modification*. New York: Irvington.
- MAYOR, J. (1984): *Psicología del pensamiento y del lenguaje*. Madrid: UNED.
- MAYOR, J. y GALLEGO, C. (1987): Retraso y trastorno del Lenguaje. En J. Mayor. *La Psicología en la Escuela infantil*. Madrid: Anaya.
- PERELLO, J. y OTROS (1978): *Perturbaciones del Lenguaje*. Barcelona: Cientf. Médica.
- PEÑA, C. J. (1988): *Manual de logopedia*. Barcelona: Masson.

RYAN, B. (1971): Operants procedurs applied to stuttering therapy for children. *Journal of Speech and Hearins Didorders*, 36, pp. 264-280.

RONDAL A. J. y XAVIER, S. (1991): *Trastornos del Lenguaje*. Buenos Aires: Paidós.

SHELTON, R. L. y MCREYNOLDS, L. V. (1979): *Funtional articulation disorders: Preliminaries to Treatment*. New York: Academy Press.