

EL TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO. ANÁLISIS DE UN CASO

Diego Jesús Luque Parra

Profesor Asociado del Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación, Universidad de Málaga,
España

1. INTRODUCCIÓN

En el lenguaje y en su desarrollo, como consecuencia mayormente, de disfunciones cerebrales (lesiones, afectaciones difusas o focales), pueden surgir dificultades a las que han hecho referencia con una variada terminología, según el análisis exclusivo, las vertientes médica, psicológica o logopédica que lo han estudiado. De acuerdo a esas visiones o autores (Ajuriaguerra, 1977; Perelló, Guixá, Leal, Peña, y Vendrell, 1984; Ajuriaguerra y Marcelli, 1987) y, en función de la incidencia mayor o menor en aspectos del lenguaje oral o escrito, de su ejecución práctica o semántica, de su fonología, etiología, etc., nos encontramos con nombres diversos como: “retraso o retardo simple del lenguaje, audiomudez, disfasia, afasia...”, que podrían reunirse en un “conjunto de los trastornos graves bajo el cuadro de disfasias” (Ajuriaguerra, 1977, pp. 331). También podría parecer acertada, desde un punto de vista práctico, la clasificación de los trastornos o retrasos en el desarrollo del lenguaje, según su gravedad, siguiendo a García Vílchez (1995), en retraso simple (leve), disfasia (retraso moderado) y audiomudez (grave).

De cualquier forma, sin pretender una reducción, aunque sí un cuadro nosológico claro y susceptible de acuerdo entre autores, partiremos desde los términos de afasia y disfasia, que parecen haberse impuesto, sobre todo por su vertiente clínica en logopedia, para adentrarnos en los *trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje*, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10; OMS, 1992). En este trabajo concreto nos centraremos, en un ámbito de intervención psicológica y educativa, en el *trastorno mixto del lenguaje receptivo expresivo*, según la nomenclatura del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV; APA, 1994).

En este análisis por tanto, aunque desenvolviéndonos con el término de ese Manual, se hace una primera aproximación terminológica y definitoria a la afasia y a la disfasia, por entenderlos trastornos básicos en el entedimiento de las dificultades del desarrollo del lenguaje. Desde ese

marco, y entendiendo a la disfasia como trastorno del desarrollo, se continúa con una visión diagnóstica del *trastorno mixto del lenguaje* y con el análisis de un caso, para acabar en unas conclusiones e implicaciones educativas. Los anexos, adaptados de Bush y Taylor (1984), tratan de expresar algunos elementos de interés para la práctica educativa en el aula, como referencias de intervención en el alumnado con el trastorno.

2. ASPECTOS TERMINOLÓGICOS Y CONCEPTUALES

Dentro de las alteraciones del lenguaje en general, los trastornos afásicos o disfásicos son característicos, tanto por su cuadro en sí como por representar de forma genuina las relaciones lenguaje-pensamiento y cerebro (lesión o disfunción). La afasia es aquella perturbación del lenguaje, con una base lesional en zonas más o menos localizadas del cerebro, suponiendo por tanto dificultades en el lenguaje, debidas a un trastorno cerebral orgánico, que se caracteriza por la incapacidad para expresar verbalmente el pensamiento en general. Sin entrar en las diferencias con la afasia adulta, la infantil es un trastorno predominantemente del aspecto emisor del lenguaje, que se manifiesta con una reducción del vocabulario, con defectos anómicos y con una pobreza del lenguaje, en forma de simplificaciones de la sintaxis (Perelló, Guixá, Leal, Peña y Vendrell, 1984), conservándose, en general, la comprensión.

Como se ha precisado en otro lugar (Luque, en prensa), existe acuerdo entre autores en que la afasia no se presentaría antes de los dos años. Da Silva, Chugani, Muzok y Chugani (1997), en su estudio con 17 niños, obtenían una muestra de entre 2 años y 4 meses hasta 10 años y 6 meses, confirmando los resultados del clásico estudio de Guttmann en 1942, para edades entre los 2 y 14 años. Este período crítico sería el comprendido entre el inicio del establecimiento de la dominancia cerebral (2 años) y hasta los 14 años, edad en la que se alcanzaría la organización de esquemas funcionales de similaridad adulta. Dada la asimetría funcional entre los hemisferios cerebrales, la probabilidad de trastornos lingüísticos por lesiones en el hemisferio derecho serán menores por la consolidación de funciones neurolingüísticas de mayor especificidad izquierda (Luria, 1977; Manga y Ramos, 1999).

La disfasia, en otro extremo, haría referencia a una deficiencia específica en la evolución de las funciones lingüísticas, tanto en su nivel expresivo como comprensivo, sin que ello pueda explicarse por aspectos ambientales, sensoriales, motores o afectivos. Se considera, en consecuencia, un trastorno primario, al no ser efecto de factores como sordera, retraso mental, etc. Puede concluirse que la disfasia es una dificultad en el desarrollo del habla, debida a retraso o alteración del desarrollo de mecanismos cerebrales (Manga y Ramos, 1991), aunque en algunos casos, los signos neurológicos no estén presentes o sean difíciles de observar. El trastorno disfásico se produce en la adquisición del habla, por alteraciones en las estructuras a cuyo cargo va la percepción, la integración y la conceptualización del lenguaje, siendo precisamente esa integración perceptiva la que supone un mayor acuerdo entre autores, de ahí que la disfasia pueda considerarse

como un trastorno de la comprensión y la expresión, que se enmarca en un desarrollo evolutivo, teniendo en cuenta la secuenciación de los procesos intervinientes en el específico desarrollo del lenguaje. En general, en estos trastornos receptivo-expresivos del lenguaje, se pueden apreciar la importancia de los mismos, así como la dificultad en el análisis del procesamiento auditivo y sus modelos explicativos, en comparación con los interpretativos para lo visual. Ello, como han puesto de manifiesto Polster y Rose (1998), se debería a las diferencias neuroanatómicas entre los sistemas visual y auditivo, a confusiones terminológicas relativas a los trastornos del procesamiento auditivo y a que los factores técnicos, son también de mayor dificultad en lo auditivo que en lo visual.

ASPECTOS DEL DESARROLLO LINGÜÍSTICO EN LA DISFASIA

- **Fonología** No tiene por qué darse alteración del desarrollo, sino mayor lentitud o retraso en la evolución lingüística normal.
- **Sintaxis** Dificultad de repetir o imitar frases de su habla espontánea, pudiendo hacerlo mejor con frases no habituales a su lenguaje. Problema por tanto, de significación en el procesamiento lingüístico.
- **Semántica** Evolución similar a los de evolución normal, pero con gran retraso.
- **Pragmática** Dificultad comunicativa, pero no deficiencia.

Generalizando de los párrafos anteriores que, afasia es a lesión y a sus consecuencias lo que disfasia es a desarrollo evolutivo, tendríamos que el término *disfasia* es intercambiable con el de *trastorno mixto de lenguaje receptivo-expresivo* (TMLRE), al considerarse la dificultad, no tanto en la recepción como en el análisis y en la elaboración de lo percibido, siendo un defectuoso procesamiento auditivo el responsable del menor desarrollo lingüístico comprensivo-expresivo. Como se ha citado en otro lugar (Luque, en prensa), sin entrar en la discusión afasia-disfasia como trastornos de desarrollo, sólo advertiremos la coincidencia de ambas entidades, en su gravedad de un trastorno de adquisición y/o desarrollo del lenguaje, en sus vertientes expresiva o receptivo-expresiva, así como en la importancia que tiene la dificultad en la recepción, la elaboración y el análisis de lo percibido, preferentemente por la vía auditiva. Señalemos a este respecto, por último, que la agnosia auditiva verbal se encontraría en ese nivel de recepción o capacidad de procesamiento lingüístico, pudiendo situarse como una base diagnóstica común, tanto de la afasia como del trastorno mixto del lenguaje.

3. TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE RECEPTIVO-EXPRESIVO. ASPECTOS DIAGNÓSTICOS

Como un diagnóstico del DSM-IV, la característica fundamental del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo (TMLRE) es la alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo. Así, a las dificultades de tipo expresivo (vocabulario limitado, errores en tiempos verbales, dificultades en el recuerdo de palabras, etc.), se le unen las de tipo receptivo (comprensión de palabras o frases, términos espaciales o de cierta complejidad). No se observa un trastorno puro de lenguaje receptivo ya que si se diese, no habría lenguaje expresivo.

El trastorno mixto puede ser adquirido o evolutivo, siendo difícil su distinción en no pocas ocasiones, estando asociado a lesión cerebral o a la maduración del sistema nervioso central (Gaddes, 1980; Reitan, 1984). En el caso del supuesto de retraso madurativo, los niños con disfasia evolutiva, seguirían un patrón esencialmente normal del desarrollo del lenguaje; sufrirían un retraso en la tasa de adquisición que podría compensarse con el tiempo, siendo su pronóstico mucho mejor que el de quienes no siguen un patrón de desarrollo normal, como es el caso de los niños con daño cerebral lesional (Manga y Ramos, 1991).

La característica primaria es el déficit de comprensión. Puede aparecer confusión o no prestar atención cuando se le habla; puede seguir instrucciones de manera incorrecta o no seguirlas, dando respuestas inadecuadas. Puede estar silencioso o locuaz, teniendo deficientes habilidades en la conversación. Por otro lado, se aprecian déficits en el procesamiento sensorial-auditivo, atención y discriminación, así como dificultad en la producción de secuencias motoras y menor destreza motora.

TRASTORNO MIXTO DEL LENGUAJE	
Adquirido	Evolutivo
<ul style="list-style-type: none"> - Afectación tras un período de desarrollo normal. - Enfermedad/trastorno médico o neurológico. Mayor relación con lesión cerebral. - Período de aparición entre 3 y 9 años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración que ha cursado desde inicios del desarrollo. - No necesariamente asociada a afectación de tipo neurológica. Trastorno de la maduración. - De aparición o detección hacia los 4 años. - Ritmo lento de desarrollo

<ul style="list-style-type: none"> - De mayor gravedad si se detectan antes de los 2 años. - Prevalencia menor (0,25%). - Incidencia por igual entre niños y niñas. 	<p style="text-align: center;">lingüístico.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mayor prevalencia (3-6%). - Incidencia mayor en niños que en niñas (2/1-5/1).
--	--

Pueden darse casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad o de dificultades en el desarrollo de la coordinación. Asimismo puede acompañarse de alteraciones en el EEG, algunos hallazgos anormales en técnicas de neuroimagen y otros signos neurológicos. Dentro de este trastorno mixto y de acuerdo al DSM-IV, se considera al síndrome de Landau-Kleffner como un caso particular del mismo. En cambio, la CIE-10, especificando un trastorno receptivo y otro expresivo, reserva entidad única al síndrome, asumiendo la integración en él de los criterios propios del TMLRE, en asociación con el trastorno epiléptico, enmarcándolo en un tipo adquirido.

Estando pues ambos trastornos en una nosología de dificultades de desarrollo del lenguaje, debidas al retraso o alteración del desarrollo de mecanismos cerebrales, puede aceptarse el supuesto de una disfunción o retraso en la maduración cerebral como base neurológica y no necesariamente de lesión cerebral. Si ese supuesto es más claro en el síndrome de Landau-Kleffner (Luque, 2002), por sus manifestaciones epilépticas, no es menos cierto para el TMLRE, por la similitud de su sintomatología y, en buena parte, con casos de EEG con anormalidades. En cualquier caso, en estos niños se interfiere el proceso de desarrollo y el establecimiento de funciones, siendo los procesos de recepción los más afectados, al influir decisivamente sobre los de expresión, ya que la emisión verbal correcta depende en su formación y desarrollo, de una retroalimentación auditiva y cinestésica.

4. ANÁLISIS DEL TRASTORNO: CASO Y ASPECTOS DE INTERVENCIÓN

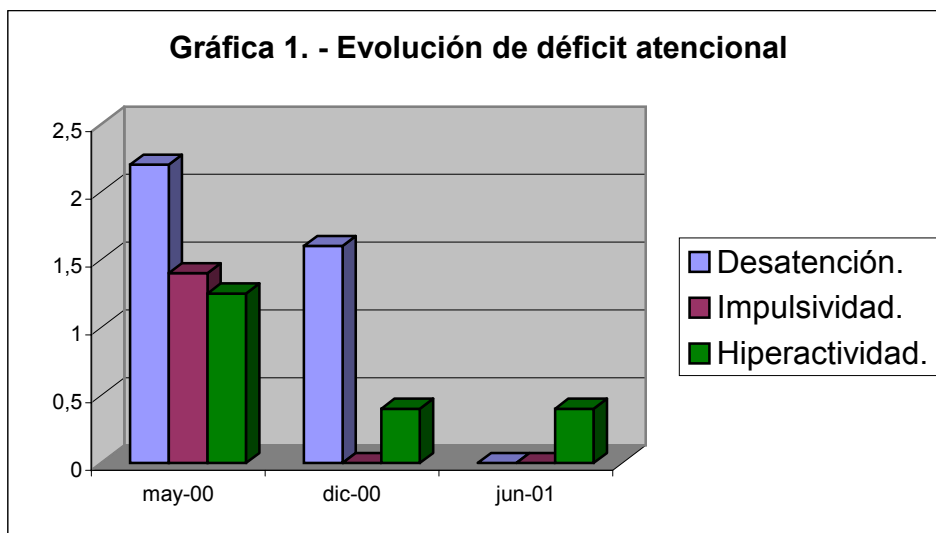
María es una niña de 7 años, escolarizada en un colegio público de una localidad de la provincia de Málaga. Detectadas desde su inicio en el centro algunas dificultades por su profesora de educación infantil, se planificó una intervención a lo largo de ese ciclo preescolar, a fin de establecer e intervenir en las pautas educativas y de desarrollo más adecuadas. Acabado ese período se realiza de nuevo evaluación psicopedagógica, para valorar su grado de desarrollo, aconsejando su permanencia un año más en el ciclo. Terminado éste, se aconseja un cambio de centro en el que se le atienda en función de sus necesidades, en ámbito de educación especial (Pedagogía Terapéutica y Audición y Lenguaje), procediéndose a una evaluación más adecuada a la edad y, en consecuencia, una valoración diagnóstica más ajustada. Veamos primeramente una síntesis de sus aspectos psicoeducativos del período de educación infantil, para después adentrarnos en su valoración psicopedagógica en educación primaria.

4.1. Aspectos evolutivos y educativos (síntesis de su período preescolar)

María es la menor de una familia de dos hermanas. Nacida de embarazo normal y parto a término. Patrones de somatometría, alimentación, sueño y control esfinteriano normales. Desarrollo psicomotor de sedestación a los 6 meses y deambulación a los 18. Lenguaje con retraso para las pautas de edad, aunque con evolución positiva. Se le practican diversas pruebas neurológicas (EEG, TAC y RNM) con resultados de normalidad electroencefalográfica, aunque posteriormente, en el TAC, se observa una megacisterna magna y una RNM que precisa unos elementos de valoración de mayor detenimiento y seguimiento.

Desde el inicio del primer curso (preescolar de 4 años) se apreciaron dificultades en la atención, comprensión en general y en la adaptación y conducta. Tras una primera valoración, en la que se descartan deficiencia sensorial auditiva y un trastorno generalizado del desarrollo, se planifican las intervenciones y un programa de trabajo, orientados a la normalización educativa, a la socialización, a la mejora del lenguaje y la mayor adquisición y desarrollo de las habilidades preescolares. Siendo preocupantes sus niveles de atención y una conducta de menor adaptación, se procedió a una intervención en tal sentido. Se observó una cierta dificultad en la escucha y seguimiento de instrucciones y/o algunas ejecuciones, asimismo, aunque no se apreciaba especial nerviosismo o inquietud, sí destacaba cierta desatención y falta de concentración en las tareas. El déficit atencional, de acuerdo a los criterios del DSM-IV, se valoró en los aspectos de: a) comportamiento

en el aula, b) comportamiento social y de grupo, y c) comportamiento social y con los profesores, siguiendo un cuestionario de observación *ad hoc*.¹ Establecido un plan de trabajo, básicamente sobre modificación de conducta y autoinstrucciones, se abarcaron objetivos de conducta y comportamiento social, así como pautas de coordinación aula-familia, obteniéndose resultados positivos y un afianzamiento en la normalidad de su desarrollo, quedando la situación diagnóstica de la alumna, en la entidad del trastorno del desarrollo del lenguaje. Una expresión de esa evolución y resultados, queda, resumida, en la gráfica núm.1.²



En general, la intervención psicoeducativa a lo largo de su bienio ordinario de educación infantil ha sido satisfactoria y con una evolución positiva, en tanto que se ha producido:

- Normalización de su comportamiento social y de grupo. Adecuada integración social, al igual que en su relación con la profesora.
- Normalidad en su potencial intelectual. Desarrollo psicomotor adecuado a su edad cronológica, con las dificultades expresivo-lingüísticas.
- Habilidades y destrezas escolares propias del nivel del ciclo en lo referente a grafomotricidad en general, sociabilidad y capacidad de trabajo.

¹ LUQUE, D. J. (1999): Cuestionario tutorial de observación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad". Documento interno de Equipo de Orientación Educativa (no publicado).

² Señalemos, con respecto a la evaluación de esos elementos, que se trata de una valoración clínica, esto es, referida exclusivamente, a la población con dificultades y con trastorno en sí, lo que para nuestro caso, sería un perfil significativo en la individualidad de la alumna.

Dados estos resultados positivos en su rendimiento y de acuerdo a la normativa vigente³, se estimó conveniente su permanencia por un año más en el ciclo, circunstancia que ha favorecido a la alumna en la madurez para el desarrollo de la lectoescritura, esfera atencional-perceptiva, expresión lingüística y desarrollo personal y social. De acuerdo a esa evolución y desarrollo, se propuso su canalización escolar para el siguiente curso en un centro que contase con recursos de educación especial, a fin de intervenir en sus aspectos de dificultad, sin que ello implicase un apartamiento del currículo ordinario, ni se introdujese mecanismo segregador alguno, algo que debe ser obvio, tanto por principios educativos como por la evolución positiva de su desarrollo.

³ RD 696/95 de 28 de Abril, de ordenación de la educación de los alumnos con necesidades educativas especiales (BOE n.º 131 de 02/06); LOPEGCD y en la Comunidad Andaluza la LEY 9/1999, de 18 de Noviembre, de Solidaridad en la Educación. (BOJA n.º 140 del 2/12) y normativa posterior sobre evaluación de la Consejería de Educación y Ciencia, de la Junta de Andalucía.

4.2. Evaluación y valoración psicoeducativas

Ante las observaciones y el informe tutorial sobre el comportamiento y el rendimiento académico de la alumna, se procedió a una evaluación psicológica, de acuerdo a las técnicas y procedimiento siguientes.

<i>Técnicas y procedimiento aplicados</i>	
<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo psicomotor: Esquema corporal. - Elementos de exploración psiconeurológica. - Escala del desarrollo psicomotor de la primera infancia (Brunet-Lèzine). - Dominancia lateral de Harris. - Examen articulatorio. - Test perceptivo de H. Santucci. 	<ul style="list-style-type: none"> - Matrices progresivas de Raven (escala especial). - Escala de inteligencia de Wechsler (WISC). - Test ABC de L. Filho, de verificación de madurez para la lectoescritura. - Test de Análisis de la Lectura y Escritura (TALE). - Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA). - Entrevistas con el profesorado. - Entrevistas familiares.
<ul style="list-style-type: none"> • Las pruebas se aplican en ese orden, a lo largo de varias sesiones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contacto y entrevistas de forma permanente con el Profesorado. Con la familia al inicio y final.

4.2.1. Integración de resultados

La actitud de la alumna ha sido de progresión y de constante evolución positiva. A lo largo de las diversas exploraciones de su seguimiento, María ha conseguido y mantenido una actitud propia de su edad, con una forma de trabajo más intuitiva que reflexiva, con latencia media de respuesta, dispuesta, interesada de acuerdo con la tarea colaboradora y con una adecuada interacción con el examinador.

Su esquema corporal es el adecuado a su edad y a su nivel. La lateralidad está afianzada, homolateralidad diestra. Un examen articulatorio presenta, a pesar de su evolución en la articulación de fonemas, tanto directos como inversos y grupos fónicos, un desarrollo muy positivo, apreciándose dificultad en lo expresivo, en el orden de la

construcción de la palabra y la frase, en su fluidez y adecuación al contexto. Normales niveles de reflejos y de coordinación estática y cinética.

En los aspectos de *capacidad intelectual*, un análisis global de su inteligencia, apreciando más su estructura y potencialidad, revela una capacidad media, con los niveles esperados para su edad, en discriminación, analogías y relaciones de abstracción entre elementos. Se observa una discordancia significativa entre los apartados verbal y manipulativo, siendo aquél inferior a éste, lo que es consistente con las dificultades receptivo-expresivas que María tiene, a lo largo de su desarrollo evolutivo y en su rendimiento académico. De cualquier forma, a pesar de esa discrepancia, es de notar que ambos perfiles se encuentran dentro de la media poblacional, advirtiéndose, en consecuencia a ese desfase verbal, las posibles y necesarias líneas de trabajo docente y curricular para un aprendizaje eficaz. En detalle, su perfil aptitudinal queda como sigue:

A). - Valores ligeramente superiores a la media en:

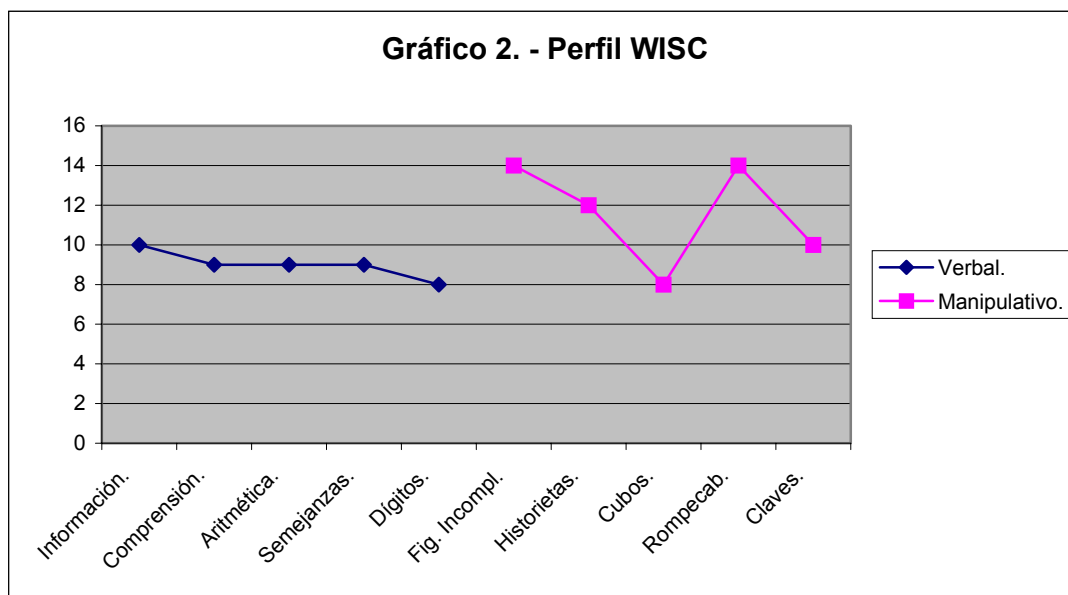
- Memoria y agudeza visuales.
- Memoria de formas. Orientación y estructuración espaciales.

B). - Valores medios en:

- Conocimientos generales, asimilación de experiencias y memoria remota.
- Concentración, razonamiento y cálculos numéricos.
- Comprensión, relaciones conceptuales, pensamiento abstracto y asociativo.
- Captación de secuencias causales.

C). - Valores en torno a la media para:

- Percepción visual, relaciones espaciales, coordinación visomotora.
- Atención concentrada, memoria auditiva inmediata.

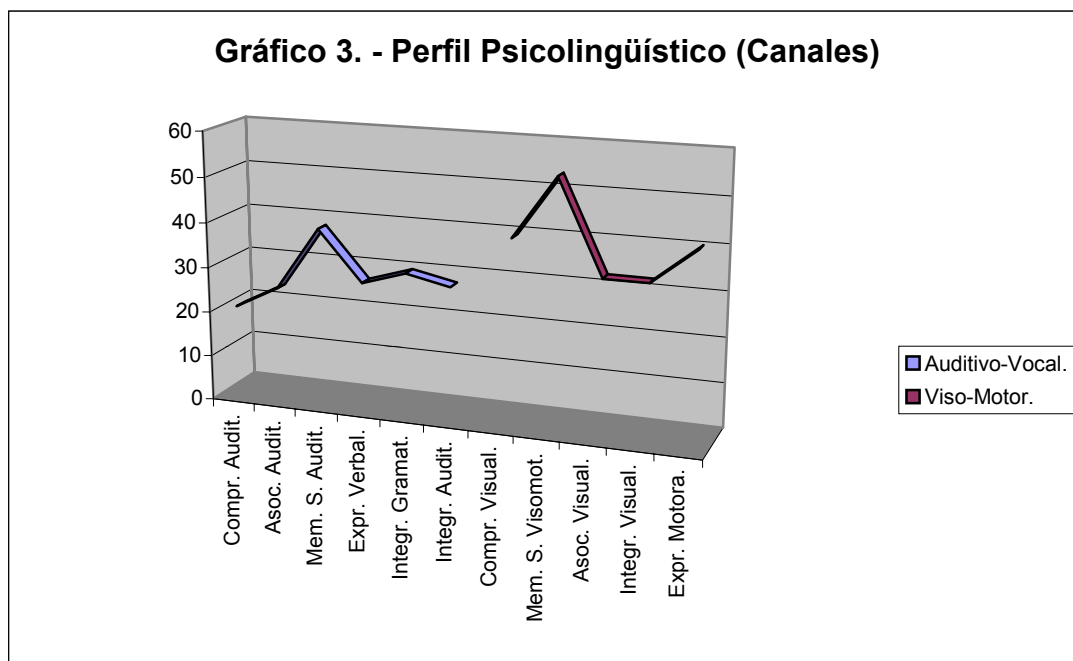


En conclusión, se tiene una normal capacidad intelectual general, con un perfil aptitudinal ajustado, constatándose dificultades en aspectos cognitivo-verbales. Se nos hace obvio que, dentro de la normalidad, este perfil reincidiría en poner de manifiesto la conveniencia de trabajar lo psicolingüístico y sus relaciones con lo perceptivo atencional, a fin de desarrollar su integración cognitiva.

El *lenguaje*, en su fonología y morfología, no es distinto al de los demás alumnos. La sintaxis, en cambio, a pesar de tener rasgos similares al grupo, presenta un número de palabras más reducido y una menor funcionalidad. En cuanto al uso lingüístico, a la pragmática, su discurso es breve, en función de la pregunta, de menor precisión en general. Los *aspectos psicolingüísticos*, de acuerdo a la prueba específica citada, así como a un análisis cualitativo de su conducta lingüística, en contextos de rendimiento de clase y de recreo, se pueden apreciar los siguientes datos.

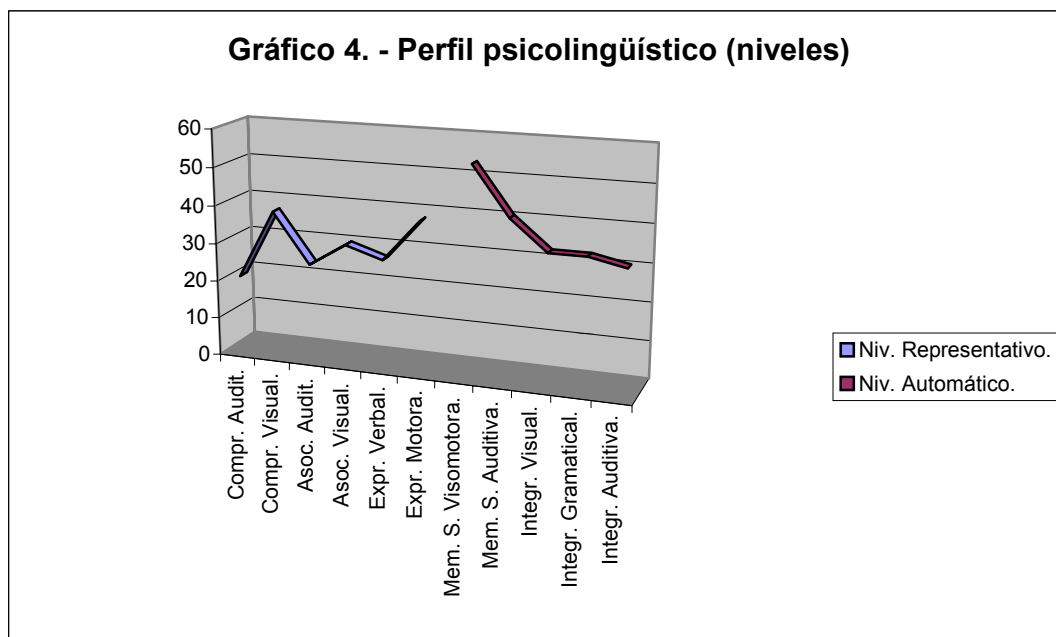
- A. - En referencia a los canales de comunicación, no hay diferencias significativas respecto a la población, esto es, los aspectos perceptivo-visuales de entrada, así como sus correspondientes de salida gestuales, son normales. Los referentes a lo auditivo-vocal ofrecen más dificultad y plantean la necesidad de un reforzamiento en tal sentido.
- B. - En cuanto a procesos propiamente cognitivo-lingüísticos, los aspectos de comprensión visual y de memoria secuencial visomotora se encuentran dentro de la normalidad poblacional. Por otro lado, tanto la asociación e integración visuales como su integración gramatical tienen valores bajos y precisarán elementos de reforzamiento. En lo relacionado

con lo auditivo, si bien la memoria secuencial auditiva es de valores medio-altos, la comprensión y asociación auditiva arrojan un déficit con cierto nivel de significación.



- C. - La organización psicolingüística por tanto, se encontraría con menor grado de dificultad en lo automático (aspectos perceptivos en general, memoria secuencial y elementos de aprendizaje), apreciándose mayor dificultad en la representación y el manejo interno de símbolos.

En resumen, en este apartado psicolingüístico, se puede concluir, siguiendo el modelo del procesamiento de la información, la existencia de dificultades en la entrada y salida de la comunicación (elemento auditivo-vocal). En su procesamiento de la información (elemento psicolingüístico) se detecta deficiencia en la asociación e integración visual, así como una menor asociación y comprensión auditiva. Con estos resultados se constata la dificultad en la comprensión y la expresión lingüísticas, asentada sobre un menor funcionamiento representacional o simbólico.



Los *aspectos instrumentales escolares* constatan que su organización perceptiva ha ganado en desarrollo, aunque deba seguir reforzándose, sobre todo en lo auditivo-lingüístico. La cierta dificultad de elaboración de lo percibido y/o su expresión verbal, como base de esa organización, explica su menor rendimiento en las habilidades preescolares que se le relacionan. Los indicadores de su madurez para la lectoescritura, guardan consonancia con esa menor habilidad expresada, obteniéndose un nivel más bajo del que cabría esperar, según lo normativo de edad/curso (memoria lógica, evocación de un relato, organización de una pequeña historia, etc.), lo que conlleva la necesidad de refuerzo específico, más en la lectura que en la escritura.

4. 2. 2. Conclusión diagnóstica

De acuerdo a los aspectos de exploración y seguimiento y para ese particular momento evolutivo de la alumna, se concluyó, a modo de síntesis valorativa, en una alteración del desarrollo del lenguaje receptivo y un menor grado del expresivo, situado por debajo de la valoración de su C.I. no verbal. Se apreciaron dificultades en la comunicación que implicaban lenguaje oral (no tanto para el gestual) interfiriendo en su rendimiento académico. En un resumen de valoración diagnóstica, de acuerdo al DSM-IV, sin perjuicio de lo que pudieran aportar posteriores valoraciones, fundamentalmente de neurología, el análisis de sus dificultades se incluye en el *trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo* (315.31), lo que podría asociar a un desarrollo de cierta lentitud en su aprendizaje lector más que escritor.

4. 3. Orientación y consejo psicoeducativo

4. 3. 1. Orientaciones generales

De manera general las orientaciones se encaminaron hacia los objetivos de:

- Favorecer el mantenimiento de las relaciones entre la familia, dada la buena disposición y el nivel de implicación en el trabajo con la niña, y el centro educativo.
- Animar la acción tutorial del profesorado para que, acercándose a la individualidad de la niña, permita su mayor conocimiento y consiga adecuar el currículo ordinario a sus necesidades educativas.
- Mantener la coordinación, en cuanto al currículo del aula, entre profesora-tutora, equipo de apoyo del centro, en orden a la mayor adecuación de la alumna.
- En cuanto al Lenguaje, se deberá hacer de forma paralela a las anteriores, contando siempre con las directrices de la Logopedia, así como de las que pueda dictaminar el profesorado especialista en Audición y Lenguaje.

4. 3. 2. Orientaciones para su desarrollo curricular

1. Consideración de la inclusión de la alumna en el currículo de su aula/ciclo de primaria, con la adaptación que proceda.
2. Establecimiento de los niveles de coordinación entre Tutoría y Pedagogía Terapéutica, así como entre Audición y Lenguaje.
3. Valorar la elaboración y el desarrollo de una adaptación curricular individualizada, que marque las actuaciones a realizar con la alumna y, en particular, sobre sus aspectos cognitivo-lingüísticos. Esta realización deberá llevarse a cabo de forma estructurada y coordinada entre todo el equipo docente que interviene con la alumna. A tal efecto se recomienda la observación y el registro, en orden a evaluar su “competencia curricular”, sus necesidades educativas especiales y sus aspectos personales y sociales.
4. En esa tarea de adaptación curricular, desde una perspectiva curricular operativa y centrada en áreas y contenidos de aprendizaje, sin menoscabo de las actuaciones que el profesorado establezca, según su criterio docente, será necesario reforzar las áreas de lectoescritura, lenguaje oral y habilidades perceptivo-atencionales. En concreto, para la planificación de su intervención del lenguaje, se deberá trabajar en los aspectos de: reestructuración morfosintáctica y desarrollo de la competencia y ejecución semánticas.

5. CONCLUSIONES

Con el análisis de este caso habríamos querido poner de manifiesto la importancia de la asociación entre los desarrollos cognitivo y lingüístico, como núcleo básico subyacente al trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. Los aspectos lingüísticos, alterados en ambos canales de entrada y salida, lo están más en lo expresivo que en lo receptivo. Coincidiríamos con los resultados de otros casos (Kaga, 1999; Luque, 2002) en un lenguaje sin afectación en lo fonológico ni en lo morfológico, pero sí en lo sintáctico, semántico y pragmático (lo visible del uso lingüístico-comunicativo y típico del trastorno) a la vez que se da una concordancia entre los aspectos de dificultades de lenguaje oral, atención-percepción auditiva y discrepancia en su perfil aptitudinal. Dentro de la complejidad y la generalidad de las dificultades lingüísticas observadas por algunos autores (Gerard, 1993; Paquier, Van Dongen, y Loonen, 1992) en nuestro caso se obtienen dificultades de comprensión, a las que se le suman las de vocabulario, fluidez y ejecución lingüística en general, siendo consecuencia de un procesamiento menor desde la asociación receptiva e integración auditivo-vocales. Ello, aunque siempre difícil de evaluación psicopedagógica, se ha inferido en su procesamiento interno, a través de las pruebas de Illinois (ITPA) y su perfil intelectual (WISC), con una relación coherente entre ambas. En nuestra alumna la capacidad intelectual es la del promedio poblacional, observándose una discordancia significativa entre lo manipulativo y lo verbal, siendo éste inferior a aquél, lo que pondría de manifiesto la carga lingüística que soporta a las pruebas, así como la importancia del lenguaje en el procesamiento cognitivo. Estas dificultades psicolingüísticas se resumirían en: a) Cierta descompensación entre la estructura de entrada-salida de información y el procesamiento (prácticamente normalizado en lo visual y con deficiencia en lo auditivo-vocal); b) organización y funcionamiento cognitivo-lingüístico menos eficaz, por dificultad en lo representativo y en el manejo de símbolos, con ello estaríamos de acuerdo con Polster y Rose (1998) en la lentitud de procesamiento del sistema auditivo y sus diferencias neuroanatómicas con el visual.

Las dificultades de aprendizaje que se producen en nuestra alumna son consecuencia de los aspectos ya comentados, aspectos lingüísticos defectuosos y dificultades perceptivo-atencionales, que están en la base de un inicio de aprendizaje lectoescritor lento, con necesidad de un refuerzo individualizado. Su evolución, no obstante, ha sido positiva con una progresiva adquisición y una evolución instrumentales, aunque con una laboriosa comprensión lectora, que se continúa en una intervención específica.

Si en su homólogo diagnóstico del síndrome de Landau-Kleffner, está clara una afectación neurológica (O'Regan, Brown, Goodwin, y Clarke, 1998; Nass, Devinsky, 1999; Grote, Van Slyke, Hoepfner, 1999) en nuestro caso del trastorno mixto, sólo podría suponerse alguna alteración de las

funciones superiores, dada la presencia de algunas anomalías detectadas en pruebas de RNM, EEG y PET. Ello tan sólo contribuiría a explicar las dificultades de lenguaje y de atención-percepción, como trastorno de etiología orgánica, con sus correlatos de intervención médica o farmacológica, que aportasen elementos de actuación con un mejor pronóstico, en el marco de una intervención multidisciplinar.

6. IMPLICACIONES EDUCATIVAS. ELEMENTOS PARA UNA INTERVENCIÓN

De acuerdo a lo comentado en párrafos anteriores, la intervención psicoeducativa se habrá de centrar, básicamente, en el trastorno lingüístico y en las dificultades de aprendizaje, tanto específicas (perceptivo-atencionales) como asociadas al lenguaje, sin descartar en otra instancia alguna intervención conductual..

6.1. – La planificación de actividades y del programa a seguir con el alumnado en cuestión, debería ser fruto de una adecuación a sus características individuales, con especial consideración a los aspectos psicológicos que su trastorno pueda originarle. En este sentido, una adaptación curricular puede conseguir que su proceso educativo sea efectivamente respetuoso con su circunstancia. Es evidente que deberá hacerse un profundo estudio psicológico y educativo, a fin de establecer una estructura y dinámica de actuaciones en Logopedia, Pedagogía Terapéutica y Acción Tutorial, que deberán plasmarse en su adaptación curricular, sin descartarse alguna otra intervención dentro de la orientación y el consejo psicológicos. En este marco se procurará mantener un estrecho contacto familia-centro educativo, en orden a conseguir los beneficios de una coordinación, lo que se podría concretar en un plan multidisciplinar de intervención, que envuelva a padres, profesores, psicólogos y profesionales en general.

6.2. – En el ámbito psicolingüístico, será fundamental la incidencia en una estimulación general del lenguaje, de tal forma que el alumnado con el trastorno, desarrolle sus pautas particulares de capacidad y haga uso de las mismas, permitiendo a su vez, la mayor eficacia de las técnicas instrumentales de lectoescritura, expresión, comprensión y comunicación. En este sentido, la posibilidad de que la situación del niño o niña esté en un nivel de deterioro leve del lenguaje pero que su grado funcional actual sea consecuencia negativa del trastorno en una fase anterior, puede servirnos de argumento para la potenciación y el refuerzo en el área de lenguaje en general. Así, se debería intervenir en el tipo de expresión verbal, competencia lingüística y adecuación del lenguaje a la tarea escolar. De esta forma, podrá incidirse en los aspectos de:

- Funcionalidad del lenguaje.
- Competencia semántica.
- Incursión en lo morfosintáctico.
- Refuerzo de la lectoescritura.
- Incremento del aprendizaje lector comprensivo.

6.3. - Las técnicas instrumentales y, en particular, el aprendizaje lectoescritor, deberán valorarse sobre la base de su importancia como vehículo curricular y terapéutico, para lo cual debe buscarse una metodología activa, complementaria entre lo visual y lo auditivo, siendo éste lo que se espera defectuoso, así como la recuperación que se inicia con aquél. En consecuencia a lo anterior, dándose la afectación lingüística, sobre todo en la vertiente auditivo-verbal, ello no ha de ser justificación para una intervención terapéutica (pedagógica y logopédica) exclusiva en lo perceptivo-visual. Este canal podrá ser la base de aprendizaje, siendo aconsejable una intervención pedagógica de tipo auditivo-verbal (Doherty y Adls, 1999) pues, además de reforzar el aprendizaje en general, servirá de potenciación cognitiva (niveles sintáctico, semántico y conceptual) y específicamente, de rehabilitación lingüística. Se persigue, por tanto, que las habilidades visoperceptivas, asociadas a la estructura auditivo-lingüística, permitan una terapéutica y aprendizaje del lenguaje, consiguiendo su desarrollo y/o recuperación, como vehículo de comunicación y de conocimiento.

6.4. - En lo personal, se procurará incidir en su estructura y dinamismo, a fin de desarrollar habilidades de afrontamiento, tanto en la comunicación como en la sociabilidad. Reforzar su autoconcepto y mejorar su autoestima, serán intervenciones clave para un desarrollo más equilibrado de su persona, proporcionándole mecanismos de control y adaptación a su circunstancia. En todo ello, el profesorado, en su acción tutorial, desarrollará más lo educativo que lo meramente instruccional, dando el protagonismo al niño o niña en su persona y concediendo sólo la importancia que tiene la intervención en el trastorno, a fin de cuentas, éste tan sólo es un adjetivo de la condición sustantiva de aquél.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AJURIAGUERRA, J. (1977): *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona, Masson.

¡Error! Marcador no definido.

- AJURIAGUERRA, J., y MARCELLI, D. (1987): *Psicopatología del niño*. Barcelona Ed. Masson.

- ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA AMERICANA (APA) (1994): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV*. Barcelona, Masson.

- BUSH, W. J., y TAYLOR, M. (1984): *Cómo desarrollar las aptitudes psico-lingüísticas*. Barcelona, Martínez Roca (Original de 1969: *Aids to psycholinguistic teaching*. Columbus, Merrill Publishing Company).

- CHRISTENSEN, A. L. (1987): *El diagnóstico neuropsicológico de Luria*. Madrid, Visor.

- DA SILVA, E. A.; CHUGANI, D. C.; MUZOK, O., y CHUGANI, M. D. (1997): "Landau-Kleffner syndrome: metabolic abnormalities in temporal lobe are a common feature", en: *Journal of Child Neurology*, vol. 12 (8), pp. 489-495.

- GADDES, W. H. (1980): *Learning disabilities and brain function. A neuropsychological approach*. Nueva York, Springer-Verlag.

- GARCÍA VÍLCHEZ, V. (1995): "Retraso en el desarrollo del lenguaje oral", en J.R. Gallardo y J. L. Gallego (dir.): *Manual de logopedia escolar*. Málaga, Aljibe.

- GERARD, C. L., y Adls. (1993): "Landau-Kleffner syndrome diagnosed after 9 years of age: another Landau-Kleffner syndrome?", en: *Aphasiology*, vol. 7 (5), pp. 468-473.

- GLASSER, A. J., y ZIMMERMAN, I. L. (1985): *Interpretación clínica de la escala de Inteligencia de Wechsler para niños (WISC)*. Madrid, TEA.

- GROTE, C. L.; VAN-SLYKE, P, y HOEPPNER, J. A. (1999). "Language outcome following multiple subpial transection for Landau-Kleffner syndrome", en: *Brain*, vol. 122(3), pp. 561-566.

- KAGA, M. (1999): "Language disorders in Landau-Kleffner syndrome", en: *Journal of Child Neurology*, vol 14 (2), pp. 118-122.

- LUQUE, D. J. (2002, en prensa). "El Síndrome de Landau-Kleffner. Análisis de un caso desde una perspectiva psicoeducativa", en: *Ciencia Psicológica*.

- MANGA, D., y RAMOS, F. (1991): *Neuropsicología de la edad escolar*. Madrid, Visor.

- MANGA, D., y RAMOS, F. (1999): "Evaluación neuropsicológica", en: *Clínica y Salud*. 10. 3, pp. 331-376.

- NASS, R, y DEVINSKY, O. (1999): "Autistic regression with Rolandic spikes", en: *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology*, vol 12(3), pp. 193-197.

- O'REGAN, M.E.; BROWN, J.K.; GOODWIN, G. M., y CLARKE, M. (1998): "Epileptic aphasia: a consequence of regional hypometabolic encephalopathy?", en: *Developmental Medicine and Child Neurology*, vol 40(8), pp. 508-516.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992): *International clasification of diseases. ICD-10*. Ginebra, O.M.S.
- PAQUIER, P. F.; VAN DONGEN, H. R., y LOONEN, C. B. (1992): "The Landau-Kleffner syndrome or acquired aphasia with convulsive disorder: long-term follow-up of six children and a review of recent literature", en: *Archives of Neurology*, vol. 49 (4), pp. 354-359.
- PERELLÓ, J.; GUIXÁ, J.; LEAL, M. PEÑA, J., y VENDRELL, J. M. (1984): *Perturbaciones del lenguaje*. Barcelona, Científico-Médica.
- POLSTER, M. R., y ROSE, S. B. (1998): "Disorders of auditory processing: Evidence for modularity in audition", en: *Cortex*, vol 34(1), pp. 47-65
- REITAN, R. M. (1984): *Aphasia and sensory-perceptual deficits in children*. Tucson, Neuropsychology Press.
- WECHSLER, D. (1974): *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R)*. Nueva York, Psychological Corporation. Versión castellana, con baremos españoles en TEA: Escala de Inteligencia de Wechsler para Niños. Revisada. Madrid, 1993.

8. ANEXOS

ANEXO 1. – ASOCIACIÓN Y MEMORIA AUDITIVA

Objetivos:

- **Favorecer el conocimiento de palabras, incrementando el vocabulario.**
- **Desarrollar la habilidad para relacionar palabras habladas.**
- **Potenciar la atención-percepción auditiva.**
- **Reforzar la comprensión y la representación cognitivo-lingüísticas.**

Actividades:

- Dichas unas palabras (pares o tríadas), expresar cuáles pueden asociarse de acuerdo a un criterio, cuales son diferentes, cuáles son parecidas.
- Identificación de sonidos.
- Clasificación de sonidos.

- Semejanzas y/o diferencias entre conceptos, objetos, animales, etc.
- Resolución de situaciones.
- Categorización-clasificación de palabras.
- Terminar narraciones.
- Analogías.
- Construcción de frases.
- Ejercicios de escucha.
- Ejercicios de causa-efecto.
- Averiguar relaciones lógicas.
- Expresión de opiniones.
- Informes orales o narraciones.
- Comparar mensajes orales.
- Distinción de información relevante de la que no lo es.
- Sacar conclusiones de una narración.
- Actividades específicas de memoria auditiva tales como secuenciaciones alfabéticas, de números, palabras, órdenes, estrofas, frases, textos, canciones.

ANEXO 2. – RECEPCIÓN AUDITIVA

Objetivos:

- *Afianzar aspectos de memoria auditiva.*
- *Incrementar vocabulario.*
- *Mejorar aspectos de discriminación y asociación.*

Actividades:

- Contar cuentos y que el alumno los entienda, pudiendo responder oral, gestual o por escrito.
- Seguimiento de órdenes verbales, de menor a mayor grado de dificultad o complejidad.
- Detectar aspectos sin sentido en palabras, frases o textos (“*la silla muerde*”).
- Identificar los aspectos de descripciones verbales, de menos a más elementos de palabras, frases o conceptos.
- Distinguir sonidos familiares.

- Potenciación de vocabulario.
- Comprensión de descripciones verbales, textos y/o narraciones complejas.
- Análisis de palabras y completar frases.

ANEXO 3. – EXPRESIÓN VERBAL Y AUTOMATISMO AUDITIVO-VOCAL.

Objetivos.

- Mejorar la expresión verbal, favoreciendo su tranquilidad y tiempo para hablar, apoyo mientras lo haga y felicitación cuando termine.
- Incrementar la autoestima y la valoración de su ejecución lingüística.

Actividades.

- Construcción de frases con determinadas palabras. Graduación y progresividad.
- Descripciones de objetos, dibujos, etc.
- Explicaciones sobre situaciones habituales.
- Dramatización.
- Imitaciones o ensayos sobre: hablar por teléfono, comprar, preguntar algo, etc.
- Repetir historias o cuentos. Contar historias sobre dibujos.
- Ver películas y cuestionario de preguntas posteriores.
- Recensiones de textos orales.
- Acabar frases incompletas, con nombres, adjetivos o tiempos verbales apropiados.
- Asociar palabras incompletas con un dibujo, fotografía u objetos.
- Repetición de frases en progresión de complejidad.
- Averiguar los sonidos/letras iniciales.
- Idem para finales.
- Idem para palabras omitidas.
- Buscar palabras que riman.
- Completar historias cortas.
- Reconocer formas correctas de palabras: singular-plural, tiempo verbal, masculino-femenino.

Contactar

Revista Iberoamericana de Educación

Principal OEI