

Diagnóstico diferencial en Neuropsicología: Las alteraciones del lenguaje infantil

Dra. N. Graciela Geromini

Doctora en Fonología

A.D.I.N.A Rosario

“La capacidad específicamente humana de desarrollar el lenguaje, ayuda al niño a proveerse de instrumentos auxiliares para la resolución de las tareas difíciles, a vencer la acción impulsiva, a planear una solución del problema antes de su ejecución y a dominar la propia conducta. Los signos y las palabras sirven a los niños en primer lugar y sobre todo, como un medio de contacto social con las personas. Las funciones cognoscitivas y comunicativas del lenguaje se convierten en la base de una nueva forma superior de actividad en los niños (...)

L.S. Vigotsky¹⁶ Páginas 53 y 54.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS

Neuropsicología y Neurolingüística

La Neuropsicología, ámbito en que se desarrolla este trabajo, puede ser ubicada en la confluencia de las Neurociencias con las Ciencias de la Conducta y de las relaciones interhumanas¹³. Por se una

nueva disciplina es interpretada según los contenidos que se le asignen como así también según el enfoque metodológico con el que se la aborde. Por tanto, es imprescindible delimitar aquí ambos aspectos, puesto que bajo la denominación de Neuropsicología pueden estudiarse un conjunto muy extenso de temas. En este sentido, se la definirá⁷ como a la disciplina abocada al estudio de las funciones cerebrales

superiores (lenguaje, gnosis y praxias) y a los códigos que dependen de ella para su organización (códigos lectoescrito y matemático). En el presente trabajo se jerarquizará –de las llamadas funciones cerebrales superiores– al lenguaje. El estudio del lenguaje mediante los aportes de la Neurofisiología cerebral y de la Lingüística circunscribe los alcances de la Neurolingüística disciplina que queda, de este modo, incluida en la Neuropsicología.

Las funciones cerebrales superiores se caracterizan por ser específicas del hombre porque se adquieren mediante un proceso de aprendizaje sustentado por la actividad cortical y porque son imprescindibles para otros aprendizajes^{2, 7}. Es decir, que el enfoque propuesto se basa en esta orientación teórica que considera a las funciones cerebrales superiores como al producto de procesos de aprendizaje. Este se origina en una forma de trabajo fisiológico de la corteza cerebral y de sus zonas vecinas, la que posibilita la síntesis de cada tipo de información. Permite, además, la coordinación de las mismas mediante la organización y conservación de unidades fisiológicas de progresiva complejización y jerarquización a través de aprendizajes fisiológicos que operan en el ámbito de zonas especializadas de la corteza cerebral¹². Estas zonas son denominadas, en la nomenclatura que se utilizará aquí, analizadores.

Los desórdenes neurológicos del lenguaje ofrecen una problemática múltiple que difícilmente pueda ser abordada desde un ángulo único de los tantos que ofrece el problema. En consecuencia, se hace necesario conjugar con áreas de investigación provenientes de distintas disciplinas y, aunque el nivel fisiológico y fisiopatológico es el de mayor interés a los efectos diagnóstico y

terapéutico, éste tiene una estrecha y obvia vinculación con otros más complejos como los que representan algunos procesos psicológicos y los procesos lingüísticos.

En la patología neurológica del lenguaje, los síntomas expresan las distorsiones de este proceso, el cual requiere del reencauzamiento terapéutico. En esta concepción teórica se jerarquiza la valoración y categorización de la sintomatología con el objetivo de identificar a los procesos fisiopatológicos subyacentes para proceder a su diagnóstico y posterior modificación terapéutica.

Con este marco teórico se efectuará la caracterización clínica de las patologías del lenguaje en el niño.

Génesis y naturaleza de las funciones cerebrales superiores

Según lo ya expuesto, las gnosis, las praxias y el lenguaje comparten la condición de ser producto de un proceso de aprendizaje fisiológico, de ser propias del hombre, de estar en dependencia del medio social para su desarrollo y de ser indispensables para otros procesos de aprendizaje^{1, 2, 8}.

Se considera que estas funciones son biológicas por su naturaleza y sociales por su génesis. Así como puede afirmarse que si no hay lenguaje alrededor del niño éste no lo aprenderá, puede asegurarse que si no cuenta con los modelos gnóstico – prácticos del adulto, tampoco los aprenderá. Basta recordar el ejemplo de los niños lobos que adoptan el comportamiento de aquéllos con quienes conviven y que hasta el control de los esfínteres está dado dentro de una enseñanza que responde a nuestras modalidades sociales⁸.

En consecuencia, al hablar de aprendizaje fisiológico se intenta definir una adquisición de funciones que no es pedagógica ni está regida por el adulto, sino que se va dando en el marco de la complejización gradual de la actividad cerebral, de los niveles evolutivos más altos del sistema nervioso en interacción con el medio. Puede concluirse entonces, en que hay una predisposición genética para que se produzca el aprendizaje del lenguaje, las gnosias y las praxias a expensas de determinadas estructuras cerebrales funcionales (analizadores) siempre que el medio lo posibilite. En este contexto, determinadas zonas de los hemisferios cerebrales se irán poniendo en juego para lograr estos aprendizajes a lo largo de la vida individual ⁸.

Estos procesos de aprendizaje fisiológico –que progresivamente van organizando las funciones cerebrales superiores en forma paralela a la maduración, más específicamente con la neurológica, con la cual se encuentran en condiciones de influencias recíprocas– permiten la organización del lenguaje, las gnosias y las praxias a lo largo de la vida individual hasta arribar a la estabilidad de estas funciones. En este sentido, así como la normalidad de las estructuras corticales en el niño permite la puesta en marcha de estos procesos de aprendizaje fisiológico, éstos rigen la organización funcional cortical hasta llegar a la especialización que caracteriza a estas funciones en la adultez ².

Las funciones cerebrales superiores sustentan el aprendizaje pedagógico de toda actividad que forma parte del patrimonio cultural y que se transmite de generación en generación. A modo de ejemplo, se mencionará el aprendizaje pedagógico de la lectura y de la escritura, del cálculo, de los oficios, de los

deportes, de la música y las artes plásticas ⁸.

La denominación de función cerebral implica una concepción jacksoniana ya que alude a un nivel superior y coincide con denominaciones que hacen referencia a estas organizaciones. Con igual sentido, A. Luria habló de “sistema funcional complejo” ^{8, 14} L. Vigotsky se refirió a la organización de “sistemas psicológicos” ^{8, 14, 16} durante la vida individual y Anojin empleó también la denominación de “sistema funcional” ⁸.

Nivel lingüístico y enfoque neurolingüístico

Los hechos lingüísticos patológicos deben ser descriptos por modelos lingüísticos pues éstos permiten penetrar en la indiscutible complejidad que tienen las manifestaciones clínicas. Sin embargo, este tipo de descripción de los hechos patológicos carecería de valor si no son interpretados a la luz del conocimiento de los complejos procesos cerebrales que sustentan al lenguaje.

En el campo de la disciplina Lingüística, coincidiendo con R. Jakobson se define al lenguaje como a un sistema de códigos que presenta dos códigos perfectamente diferenciables entre sí ⁶:

1- El código semántico, que incluye una actividad de codificación y otra de descodificación. La información que se codifica es exclusivamente semántica.

2- El código fonológico – sintáctico, que consta de una codificación vinculada al aparato fisiológico de la articulación y de una descodificación apoyada en una participación auditiva de alta especialización. Da lugar, además, a la

organización sintáctica (en dependencia del código semántico).

Los retardos del lenguaje infantil

La pluralidad etiológica de los retardos lingüísticos infantiles, de ningún modo impide su distribución en los grandes grupos que se mencionan a continuación⁵:

1- Por patogenia neurológica: retardo afásico y anártrico (retardos neurolingüísticos).

2- Por patogenia psiconeurológica: retardo alálico.

3- Por patogenia psicógena: neurosis y psicosis infantiles

4- Por patogenia sensorial: retardo audiógeno.

La denominación de retardo se utiliza para expresar la obstaculización en la adquisición del lenguaje. Esta denominación no tiene vinculación alguna con la de retardo en el ámbito intelectual; en la presentación clínica de los cuadros puros sólo el retardo alálico se encuentra relacionado con el descenso de la inteligencia.

También es del caso aclarar que los retardos neurolingüísticos (retardo afásico y retardo anártrico) son los cuadros lingüísticos por excelencia mientras que los retardos psiconeurológicos (por deficiencia intelectual) o psicógenos (por neurosis y psicosis) las alteraciones del lenguaje constituyen un síntoma más dentro de un cuadro clínico mayor.

Si se analizan los retardos desde el código lingüístico que resulta afectado, debe decirse que las codificaciones / descodificaciones semántica y fonológica

y, la codificación sintáctica resultan perturbadas en los retardos audiógeno, alálico y afásico, al mismo tiempo las alteraciones en las codificaciones fonológica y sintáctica – sin alteraciones en la codificación ni en la descodificación semánticas- se presentan en el retardo anártrico. Estos hechos por sí solos indican la importancia del diagnóstico diferencial.

Los retardos neurolingüísticos

Se harán breves referencias a estos retardos pues, como ya se dijo, constituyen verdaderas entidades clínicas.

Se traducen en una obstaculización (que como consecuencia el retardo) en el aprendizaje fisiológico del lenguaje. Esta dificultad se origina en el déficit de la actividad combinatoria –de análisis y síntesis- que se efectúa en el ámbito de las estructuras funcionales corticales del lenguaje. Se trata del analizador verbal (vinculado a la codificación y descodificación semánticas) y del cinestésico motor verbal (relacionado con la codificación fonológica y sintáctica: elocución). Estos analizadores son responsables funcionalmente de³:

a) La organización y conservación de las unidades fisiológicas del lenguaje: las mismas pueden ser caracterizadas como formas regulares de circulación de la información lingüística de la cual se trate. Se trata de la organización de síntesis de orden cada vez más complejo.

b) La descomposición y combinación de estas unidades entre sí (actividad de análisis y síntesis).

c) La identificación de la información lingüística, ya sea para la descodificación

del lenguaje que es escuchado como para la codificación del propio discurso (actividad de análisis diferencial).

Caracterización clínica del retardo anártrico⁵

Este retardo en el aprendizaje fisiológico del lenguaje se origina en la alteración de la actividad combinatoria del analizador cinestésico motor verbal a causa de una lesión que lo compromete en forma directa o por un retardo madurativo o bien por una alteración funcional.

Clínicamente el retardo anártrico se configura por una serie de síntomas que sólo se producen en el área de la elocución, es decir en las codificaciones fonológica y sintáctica. Los mismos se circunscriben a dificultades en la selección fonética y fonemática, en la combinación fonemática y en la organización morfológica y sintáctica.

Desde la perspectiva de la ontogenia, se registra el retardo en la adquisición (aprendizaje fisiológico) del sistema fonológico a partir de las dificultades para organizar los puntos articulatorios (selección fonética y fonemática) por el déficit existente en la organización y discriminación propioceptiva de los mismos. Este déficit afecta directamente a la síntesis silábica (combinación fonemática), la cual resulta dificultada tanto en relación con la complejidad de la sílaba como por la participación en la misma de fonemas que requieren, para su articulación, de un conjunto de discriminaciones fonéticas complejas.

Estas alteraciones también se hacen sentir en la organización de la codificación morfológica y sintáctica, específicamente sobre los morfemas ligados y no proposicionales, es decir, sobre las conjunciones, preposiciones,

artículos y en las concordancias de género y número.

El retardo anártrico en su forma pura, presenta un aprendizaje fisiológico normal del proceso de codificación semántica responsable de la comprensión verbal y dispositivos básicos de aprendizaje (motivación, atención, memoria, habituación y senso percepción) normales.

Caracterización clínica del retardo afásico^{4,5}

A partir del déficit en la codificación y en la decodificación semánticas que lo caracteriza, el retardo afásico muestra una amplia variedad de síntomas que comprometen tanto la comprensión verbal, por el déficit semántico, como la codificación fonológica y sintáctica. Por tanto, el déficit semántico tiene su expresión no sólo en esta área específica sino también en los procesos de codificación fonológica y sintáctica a los cuales subordina. Por ello, son esperables síntomas en la selección fonética y fonemática, en la combinación fonemática, en el uso de estructuras gramaticales y -en ocasiones- en el ritmo.

Por otra parte, excediendo los límites del lenguaje, este retardo presenta además, otras deficiencias que asientan fundamentalmente sobre los dispositivos básicos de aprendizaje y sobre la actividad gnósico práxica. En relación con los primeros, es constante el déficit atencional, específicamente de la atención tónica; de esto resulta la distractibilidad pues todas las estimulaciones son capaces de requerirla. Otra posibilidad es la atención persistente sobre un estímulo sin que pueda pasar a otro, lo que lleva a la producción de perseveraciones. Esto repercute sobre la memoria cuya

característica fundamental es la variabilidad temporal. La memoria inmediata siempre está comprometida y la motivación es débil.

En relación con la actividad gnósico-práctica compleja, es decir, la caracterizada por la actividad simultánea de más de un analizador, predomina el sincretismo y hay dificultades visuoespaciales, témporo espaciales y de la actividad constructiva por la presencia de fatigabilidad y por la producción de perseveraciones. Estos trastornos no llegan a constituir agnosias o apraxias genuinas.

El origen de la sintomatología se puede ubicar en procesos fisiopatológicos que se originan en la distorsión de la actividad analítico-sintética cortical, causada por una lesión, un retraso madurativo o por una alteración funcional. El déficit para la síntesis en el ámbito del analizador verbal determina distintos grados de incomprensión lingüística porque compromete la organización del lenguaje interno. El déficit para la síntesis, síntoma cardinal de esta patología, excede los límites del analizador verbal con lo cual se producen alteraciones en las actividades que dependen de la función conjunta o de síntesis de varios analizadores; éste es el origen de las dificultades -ya mencionadas- en la actividad gnósico-práctica que ya fueron mencionadas.

Diagnóstico diferencial de los retardos del lenguaje

Metodología del diagnóstico

El diagnóstico del lenguaje se efectúa con un protocolo uniforme elaborado para tal fin⁵. El mismo consta de:

1) Exploración de la codificación y de la descodificación semántica:

a) A nivel sensorceptivo:

Partiendo de estímulos sensorceptivos que requieren respuestas verbales, se investigan:

- * Aspecto semántico (Nivel lingüístico)
- * Aspecto de análisis y síntesis (Nivel neurofisiológico)
- * Aspecto de pensamiento (Nivel psicológico).

b) A nivel verbal puro:

Partiendo de estímulos verbales para obtener respuestas verbales, se exploran:

- * Significación, generalización y abstracción
- * Raciocinio y discriminación
- * Capacidad anticipatorio
- * Coherencia lógica

2) Codificación fonológica y sintáctica:

a) Aspectos gramaticales:

A nivel sensorceptivo y verbal puro.

b) Aspectos fonológicos:

A nivel sensorceptivo y verbal puro. Incluyen:

- * Selección fonética y fonemática
- * Combinación fonemática
- * Ritmo
- * Prosodia
- * Fonación

Las pruebas incluidas en el estudio del lenguaje son grabadas y posteriormente desgrabadas respetando la transcripción fonética. En el material así obtenido, se registran los síntomas

dependientes de cada proceso de codificación y decodificación lingüísticos, los que son distribuidos según su frecuencia de aparición (valoración cuantitativa), los procesos lingüísticos de los cuales depende su producción y su tonalidad (excitatoria o inhibitoria) ¹¹. Se aplican procedimientos métricos con determinados síntomas, tal como está planteado en la utilización de estos procedimientos en la clínica afasiológica, estableciéndose las distancias que separan al modelo normal de la distorsión producida ^{9, 12}. Finalmente, el rendimiento en cada prueba administrada es evaluado por se

(valoración intratest) y en relación al resto de las pruebas (valoración intertest).

Caracterización clínica de los retardos del lenguaje infantil

Los resultados obtenidos en la exploración diagnóstica de los diferentes niveles y aspectos de los códigos lingüísticos, aportan los datos para el diagnóstico diferencial puesto que cada retardo del lenguaje puede describirse clínicamente como se presenta a continuación ¹⁰:

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA CODIFICACIÓN Y DESCODIFICACIÓN SEMÁNTICAS, SEGÚN TIPO DE RETARDO LINGÜÍSTICO

CODIFICACIÓN Y DESCODIFICACIÓN SEMÁNTICA	NEUROLÓGICOS		AUDIÓGENO	PSICONEUROLÓGICO	PSICÓGENOS	
	Retardo afásico	Retardo anártrico	Retardo audiógeno	Retardo alálico	Por neurosis	Por psicosis
ASPECTO SEMÁNTICO (Nivel lingüístico)	Labilidad en la relación significante-significado	NORMAL	Descendido en relación con el déficit auditivo. Rigidez de los significados	Descenso directamente proporcional al déficit intelectual. Pobreza de significados	NORMAL	Distorsionado. Relaciones significante-significado arbitrarias
ASPECTO ANALÍTICO - SINTÉTICO (Nivel neurofisiológico)	Alterado por el déficit analítico-sintético. Mejora con el fraccionamiento de las pruebas	NORMAL	NORMAL	Deficitario por el descenso global de la actividad nerviosa superior. Mejora con pruebas destinadas a edades inferiores	NORMAL Puede aparecer persistencia anormal de la estimulación sensorial. Los errores no dependen de la complejidad de los mandatos	NORMAL Puede aparecer adhesión a la estimulación sensorial. Los errores son independientes de la complejidad de los mandatos

CODIFICACIÓN Y DESCODIFICACIÓN SEMÁNTICA	NEUROLÓGICOS		AUDIÓGENO	PSICONEUROLÓ- GICO	PSICÓGENOS	
	Retardo afásico	Retardo anártrico	Retardo audiógeno	Retardo alálico	Por neurosis	Por psicosis
ASPECTO DE PENSAMIENTO (Nivel psicológico)	Perturbado por la dificultad de organización del lenguaje interno	NORMAL	Descendido por la limitación del desarrollo lingüístico. El descenso está en relación directa con el déficit auditivo	Déficit global. El compromiso depende de la magnitud del déficit intelectual	NORMAL	Perturbaciones del curso y de la estructura del pensamiento. Incoherencia de las relaciones lógicas
SIGNIFICACIÓN, GENERALIZA- CIÓN Y ABSTRACCIÓN. RACIOCINIO Y DISCRIMINA- CIÓN. CAPACIDAD ANTICIPATORIA	Dificultades por el déficit semántico y la deficiente organización conceptual	NORMAL Pueden aparecer dificultades a nivel operacional abstracto (descenso conceptual)	Descendidos. Limitados al nivel de desarrollo lingüístico alcanzado	Muy comprometidos por el descenso global del pensamiento y de la inteligencia	Pueden estar descendidos por el bloqueo emocional o por interferencias en el curso del pensamiento	Con compromiso. Funcionan en forma discordante y desordenada
COHERENCIA LÓGICA	NORMAL	NORMAL	NORMAL	NORMAL Pero descendida en relación con la edad	NORMAL Puede aparecer descendida en relación con la edad	ALTERADA

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA CODIFICACIÓN SINTÁCTICA, SEGÚN TIPO DE RETARDO LINGÜÍSTICO

NEUROLÓGICOS		AUDIÓGENO	PSICONEUROLÓ -GICO	PSICÓGENOS	
Retardo afásico	Retardo anártrico	Retardo audiógeno	Retardo alálico	Por neurosis	Por psicosis
Se registran agramatismo semántico. Éste se caracteriza, por ejemplo, por la selección errónea de preposiciones, conjunciones, pronombres, ausencia o selección errónea de verbos auxiliares y transposiciones sintagmáticas que pueden comprometer o no el sentido	Se registra agramatismo morfosintáctico. Por ello, se afectan los morfemas ligados y no proposicionales produciéndose omisiones de conjunciones, preposiciones, artículos e inconcordancia de género y número,	Se observa agramatismo morfosintáctico semejante al del retardo anártrico pero de otra patogenia puesto que se originan en el déficit auditivo. La sintaxis, está caracterizada por la rigidez porque no se organiza desde el uso fluido del lenguaje sino desde el área pedagógica	Existen agramatismos tanto morfosintácticos como semánticos	NORMAL	A veces suelen aparecer alteraciones gramaticales por la incorrecta utilización de los recursos sintácticos. En las formas tardías la codificación morfosintáctica es normal. Pueden registrarse, además, transposiciones sintagmáticas originadas en el uso arbitrario del vocabulario

CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA CODIFICACIÓN FONOLÓGICA, SEGÚN TIPO DE RETARDO LINGÜÍSTICO

CODIFICACIÓN FONOLÓGICA	NEUROLÓGICOS		AUDIÓGENO	PSICONEUROLÓGICO	PSICÓGENOS	
	Retardo afásico	Retardo anártrico	Retardo audiógeno	Retardo alálico	Neurosis	Psicosis
Dislalias <i>neuroológicas</i> Se producen por alteraciones del sector central de los analizadores del lenguaje	Dislalias afásicas. Son NO sistematizadas. Se producen por fallas en la	Dislalias anártricas. Son sistematizadas. Se producen por fallas en la discrimina-	Dislalias <i>neuroológicas</i> aferentes	Dislalias alálicas	Dislalias psicógenas, por:	
SELECCIÓN Y COMBINACIÓN	Dislalias afásicas. Son NO sistematizadas. Se producen por fallas en la	Dislalias anártricas. Son sistematizadas. Se producen por fallas en la discrimina-	Dislalias audiógenas. Pueden ser sistematizadas o No sistematizadas. A mayor déficit auditivo, mayor	Se producen por fallas en la discriminación auditiva de fonemas y en la discriminación propioceptiva articulatoria. A ésto se agrega el déficit en la regulación semántica	Dislalias NO sistematizadas. Pueden sistematizarse en las	Dislalias NO sistematizadas

CODIFICACIÓN FONOLÓGICA	NEUROLÓGICOS		AUDIÓGENO	PSICONEUROLÓGICO	PSICÓGENOS	
	<i>Dislalias neurológicas</i> Se producen por alteraciones del sector central de los analizadores del lenguaje		Dislalias neurológicas aferentes	Dislalias aláticas	Dislalias psicógenas, por:	
	Retardo afásico	Retardo anártrico	Retardo audiógeno	Retardo alático	Neurosis	Psicosis
FONEMÁTICAS	discriminación auditiva de los fonemas y el déficit de la regulación semántica sobre las emisiones.	ción propioceptiva articularia	sistematización	sobre las emisiones. Estas dislalias se sistematizan en relación con el déficit intelectual. A mayor déficit intelectual mayor sistematización.	fobias	
RESONANCIA	NORMAL	NORMAL	Se observan hipernasalizaciones en concordancia con el grado de pérdida auditiva. Se producen por déficit de control auditivo	Las alteraciones son inconstantes pero cuando aparecen son permanentes. Es el caso, por ejemplo, de las producidas por hipotonías musculares o por control insuficiente	Pueden aparecer nasalizaciones producidas por hábitos viciosos. No se trata de rinolalias	
RITMO Y PROSODIA	NORMAL En ocasiones puede registrarse taquialia	NORMAL A veces puede observarse bradialia	Se registran bradialia y déficit prosódico permanente	No existen alteraciones permanentes ni homogéneas. Ocasionalmente se registra taquialia. En el síndrome de Down se observa tartamudez	Tartamudez taquialia y tartajeo. Las fobias a determinados fonemas pueden provocar alteraciones del ritmo y de la prosodia.	Alteraciones inconstantes. Taquialias intempestivas y alteraciones prosódicas que modifican el significado Lenguaje bizarro.
VOZ	NORMAL	NORMAL	La incoordinación fonorrespiratoria provoca disfonías audiógenas. Según la pérdida auditiva, se registra: tonalidad agudizada o viceversa. Intensidad baja y timbre opaco	NORMAL A excepción de los casos en los que existen trastornos neurológicos. Tal es el caso del síndrome de Down	Pueden registrarse alteraciones de las propiedades físicas de la voz (disfonías histéricas)	Pueden producirse cambios tonales. Los mismos no son permanentes

Repercusión del diagnóstico temprano en la prevención

El lenguaje le permite al hombre transmitir las categorías lógicas de su pensamiento. La historia del desarrollo del pensamiento y del lenguaje en el marco de la teoría genética del proceso de interiorización del lenguaje ¹⁵, indica que la relación entre ambos es un proceso altamente dinámico durante el cual el pensamiento se gesta mediante las palabras. La palabra desprovista de pensamiento es una estructura vacía y un pensamiento carente de palabra se encuentra en el vacío. Más allá del rol predominante de las palabras en el desarrollo del pensamiento, el pensamiento y el lenguaje se ubican como la esencia de la conciencia humana, hecho que remite nuevamente a las palabras como a los agentes también del desarrollo de la conciencia ¹⁵.

En el transcurso del aprendizaje fisiológico del lenguaje, el lenguaje externo progresiva y gradualmente va conformando el lenguaje interno (proceso de interiorización del lenguaje) observarse tanto en la ontogenia como en

la desorganización del lenguaje interno causado por la patología afásica. Aún cuando puede decirse que existen formas extra lingüísticas del pensamiento, son las derivadas del lenguaje las que permiten la puesta en marcha de los procesos cognitivos ⁴.

En el mismo orden de razonamiento, en la práctica pedagógica el lenguaje es el instrumento cognitivo requerido para arribar a la conceptualización, dicho esto en el sentido de lograr la conversión de los conceptos impartidos desde la instrucción a los procesos intelectivos individuales⁴.

A pesar de la brevedad de estas consideraciones, se advierte fácilmente que el diagnóstico diferencial de los retardos del lenguaje infantil debe ser efectuado en forma temprana ya sea para evitar la aparición de daños irreversibles en el pensamiento (caso del retardo afásico) o para disminuir la gravitación de los inevitables (ejemplo dado por el retardo alálico).

BIBLIOGRAFÍA

1. AZCOAGA, J.E. Diagnóstico médico de las dificultades en el aprendizaje en el aspecto neurológico. Relato al II Congreso Hispanoamericano de Dificultades en el Aprendizaje de la Lectura y la Escritura. México, DF, 7 al 14 de mayo de 1974.
2. AZCOAGA, J.E. Investigación de las Funciones Cerebrales Superiores. En: **Diagnóstico psicológico y psiquiátrico**. Buenos Aires: Helguero Editores. 1983. Pp: 149 - 171.
3. AZCOAGA, J.E. La fisiopatología del lenguaje. **Fonoaudiológica**, 24,3: 100 - 106. 1978.
4. AZCOAGA, J.E. **Del lenguaje al pensamiento verbal**. Buenos Aires: Ed. El Ateneo. 1979.

5. AZCOAGA, J.E. et al. **Los retardos del lenguaje en el niño**. Buenos Aires: Ed. Paidós. 1979. 2da.ed.
6. AZCOAGA, J.E. Los procesos de transcodificación en Neuropsicología. 1er. Congreso Argentino de Comunicología. Buenos Aires. Agosto de 1982.
7. AZCOAGA, J.E. **Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto (Neuropsicología)**. Buenos Aires: Ed.Paidós. 1983.
8. AZCOAGA, J.E. Pedagogía de la funciones cerebrales superiores en la primera infancia. **Ecos Fonoaudiológicos**, Año 0. Junio - agosto: 4-9, 1995.
9. GEROMINI, N.G. Expresiones y transformaciones parafásicas: Alejamiento de los modelos normales. Tema de la Sesión Temática: Information Processing, communication and the human brain. XXIIIer. Congreso Internacional de Psicología. International Union of Psychological Science. Acapulco, México, 2 al 7 de septiembre de 1984.
10. GEROMINI, N.G. Cuadro general sobre los retardos del lenguaje. Curso: Lenguaje, aprendizaje escolar y sus alteraciones. I.C.O.L. Mar del Plata. 17 de septiembre de 1988.
11. GEROMINI, N.G. Procesos diagnóstico y de seguimiento terapéutico: Valor de la clasificación y distribución de frecuencias en el registro semiológico. Comunicación libre. 1er.Congreso Latinoamericano de Neuropsicología. Buenos Aires, 20 al 23 de junio de 1989.
12. GEROMINI, N.G. Procedimientos métricos en la Clínica Afasiológica. Tema Oficial. IIIras. Jornadas Nacionales de A.P.I.N.E.P (25to. Aniversario). Buenos Aires, 25 y 26 de junio de 1992.
13. HÉCAEN, H. **Afasia y apraxias**. (Trad.V.Fisher). Buenos Aires. Ed.: Paidós. 1977.
14. LURIA, A.R. **Cerebro y Lenguaje**. (Trad. L.Flaquer). Barcelona: Ed: Fontanella. 1974.
15. VYGOTSKI, L.S. **Pensamiento y Lenguaje**. (Trad.M.M.Rotger). Buenos Aires. Ed: Lautaro. 1964.
16. VYGOTSKI, L.S. **El desarrollo de los procesos psicológicos superiores**. (Trad. S.Furió). México: Ed: Grijalbo. 1988