

LA DISFLUENCIA COMO SÍNTOMA

Dra. N.Graciela Geromini

Doctora en Fonología

ADINA ROSARIO

Introducción

Quienes nos desempeñamos en el área de Neuropsicología, estamos convocados por pacientes que presentan alteraciones del lenguaje, las gnosias y/o las praxias y de los códigos organizados a partir de estas funciones. En el modelo teórico fisiológico y fisiopatológico, en los pacientes portadores de retardos o de alteraciones lingüísticas se estudian, durante el proceso diagnóstico, la codificación y la decodificación semánticas (comprensión verbal) junto con las codificaciones sintáctica y fonológica (elocución) y los dispositivos básicos de aprendizaje (memoria, habituación, sensopercepción, atención y motivación) (Azcoaga et al., 1979).

La búsqueda de síntomas es paciente, minuciosa y prolija puesto que a través de ellos, se identifican los procesos fisiológicos distorsionados que subyacen originando su producción. De este modo es posible enunciar junto con el diagnóstico

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia.
Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

clínico, el diagnóstico fisiopatológico. El primero permite la elaboración del plan terapéutico mientras que el segundo indica la forma de su administración.

Es de interés destacar aquí que en la exploración de la codificación fonológica, se estudian las características de (Azcoaga et al., 1979):

- La selección fonética
- La selección y combinación fonémicas
- La resonancia
- El ritmo
- La prosodia,
- y la fonación.

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 continuación (Azcoaga et al., 1979):

- 1- Por patogenia neurológica: retardos afásico y anártrico (retardos neurolingüísticos).
- 2- Por patogenia psiconeurológica: retardo alálico
- 3- Por patogenia psicógena: neurosis, prepsicosis y psicosis infantiles
- 4- Por patogenia sensorial: retardo audiógeno.

Los retardos neurolingüísticos (afásico y anártrico) son los cuadros lingüísticos por excelencia mientras que en casos como los retardos psiconeurológicos (por deficiencia intelectual) o psicógenos (neurosis, prepsicosis y psicosis), las alteraciones del lenguaje constituyen un síntoma dentro de un cuadro clínico mayor.

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia.
Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

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 y que las alteraciones en las codificaciones fonológica y sintáctica -sin afecciones en la codificación y descodificación semánticas- se presentan en el retardo anártrico.

Características de la codificación fonológica según el tipo de retardo lingüístico

(Azcoaga et al., 1979)

1) La selección y combinación fonémicas se presentan con alteraciones en todos los retardos lingüísticos.

2) La resonancia está distorsionada en los retardos audiógenos y alálicos; también es posible hallar alteraciones -provocadas por hábitos viciosos- en los retardos psicógenos. Es normal en los retardos anártrico y afásico.

3) El ritmo y la prosodia, se encuentran alterados en el retardo audiógeno. En el retardo alálico y en los psicógenos pueden aparecer distorsiones inconstantes. Con algunas excepciones, son normales en los retardos anártrico y afásico .

4) Se verifican alteraciones en la voz, en el retardo audiógeno, en el alálico - cuando se asocia a trastornos neurológicos- y en los retardos psicógenos en forma inconstante. Es normal en los retardos anártrico, afásico, alálico y, puede serlo, en los psicógenos.

Algunas observaciones clínicas

Para efectuar el presente trabajo se revisaron las historias clínicas de pacientes niños y adolescentes provenientes de la práctica privada. Se seleccionaron 150 casos,

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia.
Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

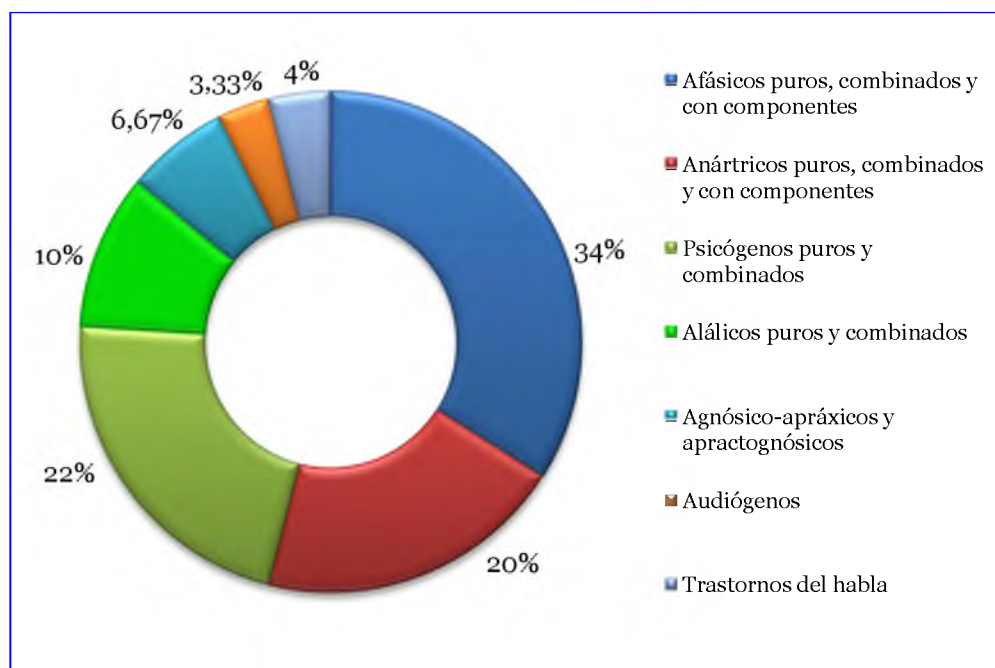
con edades comprendidas entre 6 y 12 años, que hubieran finalizado sus tratamientos. Todos los pacientes ingresaron por presentar retardos o alteraciones del lenguaje o problemas de aprendizaje escolar.

En los diagnósticos clínicos a los cuales se arribó, los **retardos o alteraciones neurolingüísticas** representaron el **54 %**. En orden decreciente de frecuencias se ubicaron los **retardos psicógenos** puros y combinados (22 %), los **retardos alálicos** puros y combinados con el 10 %, los **retardos agnósico-apráticos y apractognósicos** (6.67 %), los **retardos audiógenos** puros (3.33 %) y, finalmente, los **trastornos del habla** -no dependientes de problemas lingüísticos- con el 4 %. En estos últimos, se trató de dislalias funcionales y disfluencias.

De acuerdo con lo expresado, los retardos del lenguaje de diversas patogenias concentraron el **89.33%** de los diagnósticos clínicos bajo estudio (Gráfico 1 y Tabla I).

Gráfico 1

Distribución de la población bajo estudio, según diagnóstico clínico de lenguaje



Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia. Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

Distribución de los 150 pacientes bajo estudio según diagnóstico clínico jerarquizado

Diagnóstico Clínico	Frecuencia	Subtotal			Total	
		Porcentaje	Frec.	Porcentaje	Frec.	Porcentaje
<i>Retardos del lenguaje</i>						
<i>Retardos Neurolingüísticos</i>						
<i>Retardos afásicos puros y combinados</i>						
Afásicos puros	31	20.67				
Afásicos - audiógenos	3	2.00				
Afásicos - psicógenos	2	1.33				
Afásicos - anártricos	9	6.00				
Afásicos con componentes anártricos	6	4.00				
<i>Subtotal retardos afásicos</i>	51	34.00				
<i>Retardos anártricos puros y combinados</i>						
Anártricos puros	15	10.00				
Anártricos - afásicos	10	6.67				
Anártricos con componentes afásicos	5	3.33				
<i>Subtotal retardos anártricos</i>	30	20.00				
<i>Total retardos neurolingüísticos</i>			81	54.00		
<i>Retardos psicógenos puros y combinados</i>						
Psicógenos puros	26	17.33				
Psicógenos - anártricos	4	2.67				
Psicógenos - alálicos	2	1.33				
Psicógeno con componente afásico	1	0.67				
<i>Total retardos psicógenos</i>			33	22.00		
<i>Retardos alálicos puros y combinados</i>						
Alálicos puros	10	6.66				
Alálicos - anártricos	4	2.67				
Alálicos - afásicos	1	0.67				
<i>Total retardos alálicos</i>			15	10.00		
<i>Retardos audiógenos puros</i>			5	3.33		
<i>Total retardos del lenguaje</i>					134	89.33
<i>Trastornos del habla</i>						
Dislalias funcionales	5	3.33				
Disfluencia y ceceo	1	0.67				
<i>Total trastornos del habla</i>					6	4.00
<i>Retardos gnósicos y práxicos</i>						
Agnósicos - apráxicos	6	4.00				
Apractognósicos	4	2.67				
<i>Total retardos gnósicos y práxicos</i>					10	6.67
<i>Total</i>					150	100.00

Tabla I

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia. Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) - ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

Exceptuando los retardos del lenguaje de patogenia audiógena en los cuales quedaron incluidos cinco casos puros, en el resto de los retardos del lenguaje los que se presentaron en forma pura fueron los que concentraron las mayores frecuencias de aparición en relación al total de pacientes bajo estudio, los mismos pueden enunciarse en orden decreciente de frecuencias tal como sigue: **retardos afásicos 20,67%; anártricos 10%; psicógenos 17,33% y alálicos 6,66%** (Tabla I).

De hecho, los diagnósticos clínicos y sus frecuencias de aparición guardan relación con las fuentes de derivación.

Independientemente de las disfluencias de presentación aislada, es destacable que pudo observarse la presencia de disfluencia como síntoma en pacientes portadores de alteraciones neurolingüísticas, psiconeurológicas y psicógenas. A la inversa, pacientes con estos cuadros clínicos no presentaron este síntoma aún cuando tenían familiares directos disfluentes.

1- Grupo de las alteraciones neurolingüísticas

1.a- Retardos afásicos puros o combinados (Número de casos: 51)

Distribución de los 51 retardos afásicos puros y combinados según presencia o ausencia de disfluencia como síntoma

Retardos afásicos puros y combinados	Disfluencia				Total	
	Ausencia		Presencia		Frecuencia	Proporción
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción		
Afásicos puros	31	0.61	-	-	31	0.61
Afásicos - audiógenos	3	0.06	-	-	3	0.06
Afásicos - psicógenos	2	0.04	-	-	2	0.04
Afásicos - anártricos	-	-	9	0.17	9	0.17
Afásicos con componentes anártricos	-	-	6	0.12	6	0.12
Total	36	0.71	15	0.29	51	1.00

Tabla II

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia. Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160
DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) - ARGENTINA
www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

No se registró disfluencia durante el estudio diagnóstico ni se tuvo conocimiento de que hubiese estado presente antes del estudio de referencia, en la totalidad de los:

- Retardos afásicos puros
- Retardos afásico - audiógenos
- Retardos afásico - psicógenos

Sí se registró disfluencia acompañando a los trastornos fonológicos en los:

- Retardos afásicos - anártricos en una proporción de **0.17** y en los
- Retardos afásicos con componentes anártricos (proporción: **0.12**)

Por lo tanto, la **proporción de disfluentes** para este grupo fue: **0.29** (15 disfluentes / 51 casos) (Tabla II).

1.b- Retardos anártricos puros o combinados (Número de casos: 30)

Distribución de los 30 retardos anártricos puros y combinados según presencia o ausencia de disfluencia como síntoma

Retardos anártricos puros y combinados	Disfluencia				Total	
	Ausencia		Presencia		Frecuencia	Proporción
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción		
Anártricos puros	7	0.23	8	0.27	15	0.50
Anártricos - afásicos	6	0.20	4	0.13	10	0.33
Anártricos con componentes afásicos	2	0.07	3	0.10	5	0.17
Total	15	0.50	15	0.50	30	1.00

Tabla II

La disfluencia acompañó al resto de los síntomas en 8 casos de retardos anártricos puros (proporción: **0.27**), en 4 casos anártricos – afásicos (proporción: **0.13**) y en 3 anártricos con componente afásico (proporción: **0.10**). En consecuencia, en este grupo

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia. Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

de retardos, la disfluencia como síntoma tuvo una **proporción de 0.50** (15 disfluentes/ 30 casos). Resulta de interés destacar que **12 pacientes** de este subgrupo, que no presentaron el síntoma en estudio, tenían familiares directos disfluentes. 5 de ellos, con hermanos disfluentes, 4 con padres disfluentes, 2 con padres disfluentes recuperados y 1 con abuela materna disfluente.

Considerando la totalidad de pacientes portadores de retardos neurolingüísticos (N=81), tal como puede inferirse de los datos expuestos en la Tablas II y III, en este grupo la **proporción general de disfluentes fue de 0.37** (30 de los 81 pacientes incluidos).

2- Grupo de las alteraciones psicógenas puras y combinadas (N=33)

En este grupo es posible efectuar un doble análisis, esto es, por un lado indagar acerca de la frecuencia de aparición de disfluencia como síntoma según diagnóstico clínico de lenguaje (retardos psicógenos puros y combinados) y por otro, examinar la presencia o no disfluencia según el diagnóstico psicológico formulado por el profesional competente (neurosis grave, prepsicosis y psicosis).

2.a- Presencia o ausencia de disfluencia según diagnóstico clínico

Distribución de los 33 retardos psicógenos puros y combinados según presencia o ausencia de disfluencia como síntoma

Retardos psicógenos puros y combinados	Disfluencia				Total	
	Ausencia		Presencia		Frecuencia	Proporción
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción		
Psicógenos puros	17	0.52	9	0.27	26	0.79
Psicógenos – anártricos	4	0.12	-	-	4	0.12
Psicógenos – alálicos	2	0.06	-	-	2	0.06
Psicógeno con componente afásico	1	0.03	-	-	1	0.03
Total	24	0.73	9	0.27	33	1.00

Tabla IV

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia. Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

Sólo se observó la presencia de disfluencia en 9 pacientes portadores de retardos psicógenos puros, los cuales representaron una proporción del **0.27** del total de pacientes con retardos psicógenos puros y combinados (Tabla IV).

2.b- Diagnóstico psicológico

Distribución de los 33 retardos psicógenos puros y combinados según diagnóstico psicológico

Retardos psicógenos puros y combinados	Diagnóstico psicológico						Total	
	Neurosis grave		Prepsicosis		Psicosis		Frecuencia	Proporción
	Fr.	Prop.	Fr.	Prop.	Fr.	Prop.		
Psicógenos puros	12	0.37	8	0.24	6 *	0.18	26	0.79
Psicógenos – anártricos	1	0.03	-	-	3	0.09	4	0.12
Psicógenos – alálicos	-	-	-	-	2**	0.06	2	0.06
Psicógeno con componente afásico	-	-	1	0.03	-	-	1	0.03
Total	13	0.40	9	0.27	11	0.33	33	1.00

Referencias:

* 2 de aparición tardía

** Originadas en factores orgánicos

Tabla V

Tal como se observa en la Tabla precedente, la mayor proporción (**0.40**) le correspondió a las neurosis graves, a continuación se ubicaron las psicosis (**0.33**) y finalmente, con una diferencia de sólo 0.06, las prepsicosis (**0.27**).

En el subgrupo de las psicosis, 2 casos correspondieron a psicosis de forma tardía y otros 2 a psicosis orgánicas.

2.c- Presencia o ausencia de disfluencia según diagnóstico psicológico

Distribución de los 33 retardos psicógenos puros y combinados según diagnóstico psicológico y presencia o ausencia de disfluencia como síntoma

Diagnóstico psicológico	Disfluencia				Total	
	Ausencia		Presencia			
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción
Neurosis grave	5	0.16	8	0.24	13	0.40
Prepsicosis	8	0.24	1	0.03	9	0.27
Psicosis	11	0.33	-	-	11	0.33
Total	24	0.73	9	0.27	33	1.00

Tabla VI

No se observó disfluencia en el subgrupo de las psicosis. Sí se registró en el subgrupo de las neurosis graves en 8 pacientes con retardos psicógenos puros. Dos de ellos, habían remitido el síntoma a los 7 y 8 años respectivamente, ambos ingresaron a la consulta a los 9 años, es decir que no lo presentaban en el momento en que se efectuó la investigación diagnóstica. Aún así, se ha consignado como presencia de disfluencia en función del antecedente. En el subgrupo de los pacientes portadores de prepsicosis se registró disfluencia sólo en 1 paciente (con retardo psicógeno puro) (Tabla VI).

3- Grupo de los retardos alálicos puros o combinados (Número de casos: 15)

En este grupo se registró disfluencia sólo en 2 casos. Ambos correspondieron a retardos alálicos puros. Por tanto, la **proporción de presentación** fue para este grupo de **0.13** (Tabla VII).

Distribución de los 15 retardos alálicos puros y combinados según presencia o ausencia de disfluencia como síntoma

Retardos afásicos puros y combinados	Disfluencia				Total	
	Ausencia		Presencia		Frecuencia	Proporción
	Frecuencia	Proporción	Frecuencia	Proporción		
Alálicos puros	8	0.54	2	0.13	10	0.67
Alálicos - anártricos	4	0.27	-	-	4	0.27
Alálicos - afásicos	1	0.06	-	-	1	0.06
Total	13	0.87	2	0.13	15	1.00

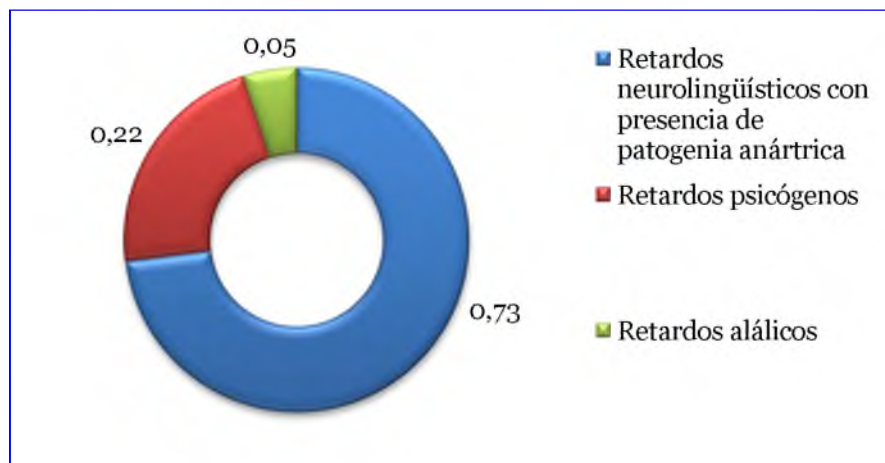
Tabla VII

Se destaca por último que en los retardos de patogenia audiógena (puros) y en los gnósicos y prácticos no se observó presencia de disfluencia.

4- Proporción de disfluencia como síntoma en los retardos del lenguaje según patogenia

Gráfico 2

Proporción de disfluentes según patogenia del retardo del lenguaje



Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia. Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

Tal como se infiere de los datos expuestos en las Tablas II, III, IV y VII, el número de pacientes que presentaron disfluencia como síntoma dentro de los cuadros clínicos de lenguaje considerados ascendió a 41, guarismo que representó una frecuencia relativa de aparición del **30.60 %** en relación con la totalidad de retardos del lenguaje bajo estudio (N= 134) (Tabla I).

De los **41 casos** que presentaron disfluencia, los **retardos neurolingüísticos** sumaron 30 (todos con edades comprendidas entre los 6 y 7 años); la **proporción** fue para ellos de **0.73** (Gráfico 2). Las proporciones para cada subgrupo según el diagnóstico clínico donde se presentó disfluencia como síntoma (retardos con predominio afásico (afásicos - anártricos y afásicos con componentes anártricos) y retardos anártricos puros o con predominio anártrico) fue la misma: **0.365**. Por tanto, **los retardos neurolingüísticos fueron los que presentaron con mayor frecuencia la disfluencia como síntoma.**

Se recuerda, como ya se expresó anteriormente, que en todos los pacientes portadores de retardos anártricos puros y combinados con predominio anártrico, se observó la presencia de disfluencia como síntoma en un rango de 3 a 8 pacientes según diagnóstico clínico de lenguaje (Tabla III). En cambio, en los pacientes con retardos afásicos la disfluencia como se síntoma se registró en un rango 6-9 sólo en los retardos afásicos combinados con retardos anártricos y en los afásicos con componente anártrico (Tabla II).

Siempre en relación a los 41 pacientes con retardos del lenguaje que presentaron disfluencia, a continuación de los retardos neurolingüísticos se ubicaron los psicógenos puros en una **proporción** de: **0.22** (9 / 41 disfluentes) y finalmente retardos alálicos puros en una **proporción** de: **0.05** (2 / 41 disfluentes) (Gráfico 2).

Interpretación

En los retardos neurolingüísticos puros o combinados o con componentes, las distorsiones del lenguaje están en dependencia de alteraciones de las estructuras funcionales corticales (analizadores), mientras que las del habla que las acompañan, por ejemplo, dislalias, dependen de desórdenes en los sectores periféricos de estas estructuras funcionales (Azcoaga et. al. 1979; 1983 y Azcoaga; 1989). La disfluencia debe ubicarse, en estos cuadros, como una alteración del ritmo dentro de los desórdenes del habla. Los retardos neurolingüísticos, en los que se halló disfluencia, se caracterizaron por la presencia de retardos anártricos puros o combinados o con componentes afásicos, cuando prevalecieron en el cuadro clínico; o participando en la combinación o como componente cuando el predominio fue afásico. **Nótese además que, en esta casuística, los retardos afásicos puros y los combinados con patologías no anártricas no presentaron disfluencia.**

Esta interpretación irá dirigida, a los desórdenes de patología anártrica independientemente de su forma de presentación. Esto será así sin dejar de mencionar la trama altamente compleja sobre la que se instala la disfluencia; la mayor complejidad que se advierte en ella cuando se presenta en forma aislada, tal como lo señalan distintos especialistas (Touzet, 1985; 1989; 1993. Mazzocco, 1991) y haciendo la salvedad de que esta interpretación es sólo desde un ángulo de la disfluencia como objeto de estudio. **El mismo es: la disfluencia como síntoma en los cuadros neurolingüísticos en los que se hace presente el retardo anártrico.**

Como ya se dijo, 30 de los 41 casos que presentaron disfluencia eran portadores de retardos anártricos en menor o en mayor grado. También se mencionó que 12 pacientes del grupo con retardos anártricos puros o con retardos con predominio anártrico, no presentaron disfluencia a pesar de tener familiares directos

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia.
Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

disfluentes, es decir, que en ellos no hubo conjunción alguna entre los factores orgánicos y familiares.

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 morfosintáctica. Los mismos se circunscriben a las dificultades para la selección fonética y fonémica, para la combinación fonémica y para la organización morfosintáctica. Los cuadros puros presentan un aprendizaje fisiológico normal del proceso de codificación semántica, responsable de la comprensión verbal, y dispositivos básicos de aprendizaje normales.

En los 30 pacientes mencionados, no se trató a la disfluencia sino que se aplicaron planes terapéuticos: ortofónico y logopédico para la elocución, destinados al restablecimiento del sistema fonológico, en los cuadros puros y asociados al restablecimiento de la codificación y descodificación semánticas en los que había participación afásica. Sí se dieron indicaciones a las familias acerca de este síntoma incluyéndolo en el retardo del lenguaje. En todos los pacientes, con la mejoría del cuadro neurolingüístico, hubo remisión de la disfluencia.

Estos datos permiten hipotetizar que, en estos casos, la disfluencia se instaló teniendo como base predisponente a los procesos fisiopatológicos que caracterizan a un sistema fonológico insuficientemente consolidado y con déficit en su organización.

En los diferentes planos de generación del mensaje, el pasaje del nivel semántico al fonológico estaría dado por procesos de transcodificación entre ambas estructuras funcionales del lenguaje (analizador verbal y analizador cinestésico motor verbal). La instancia morfológica-fonológica, que es responsabilidad de la estructura funcional de la cual depende la elocución o lenguaje externo, siempre bajo el control del programa semántico (Azcoaga, 1982 a y b), quedaría dificultada por la restricción y no disponibilidad de unidades fisiológicas correctamente organizadas,

favoreciendo la producción de alteraciones en el ritmo del habla. En esta línea de razonamiento, adquiere sentido la remisión de la disfluencia, en los casos estudiados, a medida que se iba logrando la reorganización de la codificación fonológica.

Pero, lo verdaderamente sensible es tener presente que los niños atraviesan una etapa de disfluencia fisiológica. Esta etapa, también llamada de tartamudez fisiológica, que ha sido descrita como una propensión a la repetición sin espasmos ni tensiones asociadas, puede presentarse de modo constante o intermitente en la transición de los períodos evolutivos durante la organización del lenguaje y, tal como fuera demostrado por Andrews y Harris, remite espontáneamente en la mayor parte de los casos (de Ajuriaguerra, 1984).

Dado que los datos y hechos observados expuestos en este trabajo se relacionan con la presencia de disfluencia en pacientes niños portadores de retardos del lenguaje de diversas patologías, se mencionará que al respecto, Pichon y Borel Maissonny han señalado que en el 46% de los retrasos¹ del lenguaje, independientemente del grado de severidad, y en niños que hablan mal hasta los 5 ó 6 años de edad, se presentan alteraciones del ritmo las cuales se originan en una dificultad para hallar la palabra correcta en el instante conveniente a la cual han denominado “defecto de inmediatez lingüística” (de Ajuriaguerra, 1984).

Puesto que en esta investigación, la mayor proporción de disfluentes (0.73) se registró en los retardos anártricos puros o combinados con otras patologías, podría pensarse entonces que en esta modalidad de retardo del lenguaje, a lo expresado en lo relativo a las dificultades en la instancia morfológica – fonológica de los procesos de transcodificación, se suma la disfluencia fisiológica la que en lugar de inhibirse y desaparecer, se prolonga. Y, precisamente porque es un retardo evolutivo de la disfluencia fisiológica, será necesario ser prudente en la edad de inicio del

¹ Nomenclatura de los autores mencionados

tratamiento ortofónico y evitar la intervención en la disfluencia porque podría transformarse en reactiva.

Conclusiones

Va de suyo que la disfluencia no es un síntoma patognomónico del retardo anártrico pero puede estar presente, tal como se desprende de estas observaciones. Esto adquiere relevancia, no sólo en el diagnóstico diferencial de los retardos del lenguaje, cuando la disfluencia se presenta asociada a un aprendizaje patológico de la codificación fonológica, sino además en la terapéutica a administrar.

Referencias bibliográficas

- Azcoaga, J.E. et al. (1979); **-Los retardos del lenguaje en el niño**. Buenos Aires: Ed. Paidós. 2da. ed.
- Azcoaga, J.E. (1982, Agosto) (a); -Los procesos de transcodificación en Neuropsicología. Relato al I Congreso Argentino de Comunicología. Buenos Aires, Argentina.
- Azcoaga, J.E. (1982, Noviembre) (b); - Avances en Neurolingüística. Relato al XI Congreso Argentino de Foniatría, Logopedia y Audiología. Federación Argentina de Asociaciones de Foniatría, Logopedia y Audiología. Buenos Aires, Argentina.
- Azcoaga, J.E. (1983); - Los retardos neurológicos del lenguaje en el niño. En: Azcoaga, J.E. et al. **Las funciones cerebrales superiores y sus alteraciones en el niño y en el adulto (Neuropsicología)**. Buenos Aires: Ed. Paidós. Cap. 13. (Pp: 276-289).

Trabajo presentado en las Primeras Jornadas Nacionales sobre disfluencia. Seminario Internacional de Tartamudez. Asociación Argentina de Tartamudez. Buenos Aires, 14 al 16 de mayo de 1998. Publicado en las Actas de ese evento: Pp: 155-160

DOCENCIA E INVESTIGACIONES EN NEUROPSICOLOGÍA Y AFASIOLOGÍA
ROSARIO (SANTA FE) – ARGENTINA

www.adinarosario.com www.adinarosario.com.ar

- Azcoaga, J.E. (1989); -Complicaciones en el lenguaje y en el habla de enfermedades neurológicas. **Fonoaudiológica**, 31, 1: 16-20.
- De Ajuriaguerra, J. (1984); -**Manual de Psiquiatría infantil**. Buenos Aires: Ed. Masson. Edición argentina: CTM Servicios Bibliográficos S.A. 4ta. Ed.
- Mazzocco, L. (1991); - La tartamudez en la infancia. **Fonoaudiológica**, 37, 3: 28-35.
- Touzet, B.B. de (1985); -El juego corporal en el tratamiento de la tartamudez. **Fonoaudiológica**, 31, 1: 31-46.
- Touzet, B.B. de (1989); -La tartamudez hoy. **Fonoaudiológica**, 31, 1: 31-46.
- Touzet, B.B. de (1993); - Programa para la prevención, la evaluación y el tratamiento de las disfluencias North Western University. **Fonoaudiológica**, 39, 2:12-30.