

La intervención educativa en el tratamiento de los trastornos del lenguaje en el siglo XX

Natividad Araque Hontangas
Universidad Complutense de Madrid

Los años formativos de la logopedia

La logopedia evolucionó notablemente durante el siglo XX, pudiendo constatar cuatro periodos, como son:

1. Los años formativos (1900-1945).
2. El periodo del procesamiento (1945-1965).
3. La era lingüística (1965-1975).
4. La revolución pragmática.

A principios del siglo XX aparecieron trabajos muy interesantes sobre el lenguaje, de autores como: F. de Saussure, que desarrolla unas teorías sobre el lenguaje y los caracteres del lenguaje infantil; A. Gram. Bell publicó unas *Lecturas sobre el mecanismo del lenguaje*, en 1906¹, y H. Delacroix hizo una valiosa aportación al tratamiento de los trastornos del lenguaje (1930)².

Durante los años formativos se realizaron diversos estudios sobre las alteraciones del lenguaje, como eran: disfonía; alteraciones del ritmo; tartamudez; alteraciones del lenguaje oral: audiomudez, afasia; y alteraciones del lenguaje escrito: dislexia. En relación con la disfonía, los primeros autores que estudiaron las disfunciones vocales emplearon

1. Bell, A. G. (1906). *Lectures upon the mechanism of speech*. New York: Ed. Funk.

2. Delacroix, H. (1930). *La Langage et la pensée*. Paris: PUF.

el término “fonastenia”, al referirse a la fatiga vocal causada por el exceso de trabajo. En este aspecto, G. Lamarque, en 1926, afirmó que todos los trastornos funcionales no corregidos y no reeducados llevaban finalmente a la fonastenia. Por otro lado, G. Parrel, en 1934, señalaba que la fatiga vocal era un síndrome de hipotonía muscular y de desequilibrio funcional del aparato vocal, provocado por un mal uso del mismo.

La tartamudez pensaban que se debía a causas psicológicas como: ansiedad, fobias, histerias etc. E. W. Scripture pensaba que esta alteración comenzaba como una respuesta de rechazo para convertirse en una neurosis. Trommer estableció cuatro niveles: las puramente somáticas, las dinámicas, las moralizantes, y las que provenían de causas funcionales psicógenas. En Barcelona, Rius Borrell publicó un tratado, en 1900, sobre la tartamudez.

En relación con la audiomudez se publicaron varios trabajos, como el de J. Gordon sobre *Progresos de la instrucción del sordomudo en los Estados Unidos*, de 1901. M. A. Goldstein también escribió una obra titulada *Problemas del sordo*, en 1933. También surgieron nuevos trabajos sobre la afasia, como los de Wernicke, en 1904, que estableció la existencia de una lesión en los tractos nerviosos que unían la circunvalación temporal izquierda con la tercera frontal, de manera que no se podían conducir los estímulos, el paciente fallaba en tareas de repetición de palabras o frases.

La dislexia fue tratada por E. L. Thorndike, en 1927, identificando tres tipos de errores: a) Identificación del significado correcto de una palabra; b) Asignación de importancia a una palabra o a una idea, y c) Errores al hacer conclusiones³. Por otro lado, S.T. Orton, en 1920, la describió como una dominancia lateral y expuso el riesgo de los zurdos, formulando una teoría unifactorial, al sugerir que la causa de los trastornos de lectura venían a ser un retraso evolutivo que dificultaba la dominancia hemisférica, puesto que se producía una disfunción en la percepción y en la memoria visual.

Por último, se consideraban trastornos permanentes a la sordera y al autismo. Rawlings y E. Scuri, entre 1937 y 1938, señalaron algunas características propias de los sordos, como eran: a) La expresión oral del sordo se caracterizaba por su lentitud y laboriosidad; b) La expresión del sordo era jadeante porque derrochaba al hablar una excesiva cantidad de aire; c) Su lenguaje se caracterizaba por una anormalidad rítmica; d) Su modulación era monótona, provocada por la posición de la glotis; e) La fraseología era mediocre; f) Era muy deficiente su inteligibilidad y articulación lingüística, y g) El ritmo y la articulación consonántica influían en la inteligibilidad de la expresión oral en mayor grado que las vocales. En España, M. Granell Forcadell publicó una breve historia sobre el funcionamiento del Colegio Nacional de Sordomudos⁴. También, F. Barberá dirigió una publicación del *Tratado Legal sobre los Mudos* de 1916⁵. Además, el juriconsulto Alvaro López Núñez publicó un libro sobre los derechos del mudo titulado *El mundo silencioso*, en 1914, que se basaba en la obra de Pedro Ponce⁶.

3. Thorndike, E. L. y Lorge, I. (1927). *The teacher's word book of 30.000 words*. New York: Appleton.

4. Granell Forcadell, M. (1932). *Historia de la enseñanza del Colegio Nacional de Sordomudos desde 1794 a 1932*. Madrid: Colegios Nacional de Sordomudos.

5. Barberá, F. (1916). *Tratado legal sobre los mudos*. Valencia: Rev. Valenciana de Ciencias Médicas.

6. López Núñez, A. (1914). *El mundo silencioso. Ensayo para la vulgarización de los problemas de la sordomudez*. Madrid.

El primer autor que emplea el término autismo en la literatura psiquiátrica, fue E. Bleuler, en 1906. Esta alteración fue estudiada por Leo Kanner, en 1943, el cual partió del estudio de once casos, en los que reconocía la existencia de un aislamiento social desde el nacimiento, atribuyendo esta patología a una disfunción biológica. En este sentido, R. Bender, en 1947, llega a definirlo como una esquizofrenia infantil, y B. Rank, en 1949, lo considera un desarrollo atípico de la personalidad o del “yo” del individuo.

En lo que respecta a la intervención educativa, resultan especialmente importantes las aportaciones de psicólogos como el belga Ovide Decroly (1871-1932), que realizó un estudio del niño anormal, considerando que se iniciaba a la actividad intelectual mediante los juegos educativos⁷. También, resulta especialmente interesante la labor pedagógica de la italiana María Montessori (1870-1952), que fue la primera mujer graduada en Medicina por la Universidad de Roma, la cual estudió a los niños con deficiencias de comunicación. En este aspecto, durante mucho tiempo, utilizó los materiales educativos que eran obra de Séguin. Se consideraba necesario conducir como de la mano, de la educación del sistema muscular a la del sistema nervioso y sensorial⁸.

El periodo de procesamiento y el de la era lingüística

En el periodo de procesamiento y el de la era lingüística el tratamiento de los trastornos del habla se perfeccionó. J. S. Bruner en su escrito *Estudios sobre desarrollo cognitivo*, se interpreta que el lenguaje es todo un agente de desarrollo cognitivo. De manera, que a más desarrollo del lenguaje, el individuo adquiriría más capacidad de aprendizaje y más vocabulario. Proponía la estimulación logopédica mediante la comprensión de textos (lenguaje), la expresión oral (exámenes) y la redacción (pruebas escritas). Por otro lado, Jakobson introduce un nuevo concepto “contraste fonológico (de rasgos)” demostrando que el niño adquiere el sistema fonológico de su lengua. De ahí que, los errores tan comunes como la sustitución de fonemas en las dislalias, o la no discriminación de rasgos fonológicos, enseñan al logopeda a entender la utilización de “poto” en lugar de moto, y a utilizar medidas terapéuticas como los ejercicios de discriminación auditiva, por pares de fonemas opuestos: sordo-sonoro, nasal-oral, etc.

Los métodos de intervención que se utilizaban en las disfonías, se pueden conocer a través de la obra de E. Jakobson, que concreta un programa de terapia de voz. A. J. Yates, en 1973, y W. S. Agras, en 1975, defienden un tratamiento psicológico, cuyos objetivos eran: la reducción de conductas ligadas a la ansiedad, eliminación de conductas patológicas y desarrollo de otras conductas adaptativas⁹.

Surgieron nuevos medios técnicos para el tratamiento de la afasia, elaborando pruebas para su análisis, como eran las baterías formales de tests, destacando: tests de modalidades del lenguaje para la afasia, de Wepman y Jones (1961); test de Boston pa-

7. Décroly, O. (1928). *El niño anormal*. Madrid: Francisco Beltrán.

8. Montessori, M. (1913). El método de escritura espontánea: cómo lo descubrí. *BILE*, 37, 327-333.

9. Jakobson, E. (1964). *The self and the object World*. Nueva York: Int. University Press.

ra el examen de la afasia, de Goodman y Kaplan (1972); Multilingual Aphasia Examination, etc.

En lo relativo a la dislexia, resulta especialmente interesante la aportación de A. Jaidoule, que en su escrito sobre *Aprendizaje de la lectura y dislexia*, dedica el quinto capítulo a la Pedagogía, conteniendo apartados relativos a la preparación para la lectura, críticas al método global y aplicación del aprendizaje de la lectura por el método global. Además, en este época comienzan a utilizarse los recursos informáticos, hasta el punto de que M. L. Albert pensaba en la reeducación del lenguaje mediante el microordenador.

Respecto a la sordera, la publicación de L. Di Carlo, en 1959, resume el estado de la investigación sobre sordera y sobre dureza de oído¹⁰. También, podemos contar con las aportaciones de A. Davis y R. Galambos, que proponían estudios sobre las adaptaciones a realizar en ciertos períodos críticos de la vida del sordo. Se señalaban los progresos que se habían obtenido a nivel de educación preescolar, porque había mejorado el uso de prótesis auditivas con transistores, y había un mayor interés por la audiofonología¹¹. En 1963, aparecen los trabajos de H. Lane, K. Mangan y S. Quigley. El primero, entre otras cosas describía trabajos realizados sobre reacciones audiométricas, agudeza auditiva y fiabilidad de los tests. El segundo resumía los estudios dedicados a la inteligencia, adaptación y educación de los sordos, entre 1918 y 1960. Por su parte, Quigley, entre otras cosas, revisó los trabajos sobre la dureza del oído aparecidos entre 1931 y 1960. Otros autores, como Sutherland y Beckett, en 1969, hablan sobre el uso de signos manuales para lograr la comunicación de los sujetos que tenían sordera y deficiencia mental. Los ejercicios de comunicación con chimpancés fueron llevados a cabo por D. Premack, y R. Deich y P. Hodges escribieron sobre la transferencia de esta aplicación a los seres humanos¹².

La revolución pragmática

A partir de 1975 comenzó un cambio desde la definición del lenguaje, pasando de sus aspectos formales de sintaxis y fonología, y en su contenido (semántica) a definirlo en términos de uso. Esta evolución comenzó a fraguarse con la teoría de los actos del habla que propuso el filósofo del lenguaje John Austin en 1962, y, posteriormente, John Searle en 1969. La teoría puso de relieve el aspecto instrumental de la comunicación, que Lois Bloom y Margaret Lahey denominaron “uso del lenguaje”¹³.

Inicialmente, los trabajos sobre gramática intentaron identificar las funciones de los primeros intentos comunicativos de los niños. Algunos investigadores, como Dore y Halliday, en 1974 y 1975 respectivamente, clasificaron los primeros gestos y expresiones comunicativas en grupos funcionales tales como: comentarios, peticiones, saludos, etc. Estas agrupaciones de actos comunicativos, llamados después intenciones o funciones comunicativas, se usaron para el diseño de instrumentos de evaluación dirigidos a descubrir si los niños con sospechas de dificultades en el aprendizaje del lenguaje tenían los

10. Di Carlo, L. (1959). The deaf and hard of hearing. *Rev. Educ. Res.* 5, 497-518.

11. Davis, A. (1966). *The language of signs*. New York: Englewood.

12. Premack, D. (1971). Language in chimpances. *Science*, 172, 808-822.

13. Bloom, L. (1978). *Language development and language disorders*. New York: John Wiley & Sons.

mismos tipos de intenciones comunicativas que los niños normales y si no, cómo y en qué medida diferían dichas intenciones. También se intentó descubrir las intenciones subyacentes de las conductas no convencionales, tales como la ecolalia en los niños autistas (Prizant y Duchan, 1981) o las conductas aberrantes no verbales en niños con discapacidades comunicativas severas.

Los logopedas dispusieron de un medio para descubrir los problemas de sus clientes con el uso del lenguaje, empezaron a desarrollar vías para remediarlos. Algunos programas proponían elicitación y modelado de intenciones específicas para enseñar a los niños intenciones, tales como la petición. Al añadir estas técnicas con la estimulación indirecta desarrolladas al inicio de los años 70, surgieron las llamadas técnicas de sabotaje, en las que los clínicos demoraban los objetivos que pretendía el niño e intentaban que éste pidiera algo o protestara antes de darles aquello que querían.

La teoría de los actos del habla sirvió para establecer la pragmática como un área independiente de interés clínico, considerándola fuera de la lingüística estructural, pero dentro de la comunicación. Se incluyeron otras áreas de la comunicación, que no encajaban en el análisis lingüístico tradicional (conversación, tipos de discurso, interacción social y participación en situaciones), las cuales modificaron la práctica clínica a través de su inclusión en la evaluación y el tratamiento, comenzando a denominarse “revolución pragmática” (Duchan, 1984).

Cuando los individuos eran capaces de manifestar en su habla sus habilidades recientemente adquiridas en contextos clínicos altamente controlados, se les pedía que usaran estas habilidades en contextos conversacionales más libres, de tal manera que si daba resultado se procedía a la fase final de la terapia, que consistía en aplicar los aprendizajes terapéuticos al “habla conexa”. A finales de los años 70 y principios de los 80, la conversación abandonó su anterior bajo estatus de última etapa de la terapia y comenzó a considerarse como un dominio importante de la comunicación con sus propios requisitos de aprendizaje y de actuación. Los clínicos decían que para conseguir que sus clientes llegasen a ser unos conversadores competentes necesitaban desarrollar una gran variedad de destrezas conversacionales, como la participación activa en los intercambios conversacionales, el desarrollo de las destrezas de respeto a los turnos de habla, de iniciación y mantenimiento de temas de conversación y reparación de los intercambios tras una ruptura conversacional. Con la evaluación se trataba de identificar las deficiencias de los clientes en estas áreas conversacionales y los programas de intervención se diseñaron para proporcionar una serie de destrezas necesarias para mejorar las áreas deficitarias identificadas.

La conversación fue el primer tipo de discurso que atrajo la atención de clínicos e investigadores, seguido de la narrativa, siendo Graybeal, 1979, uno de los pioneros en este sentido. En lo relativo a la narrativa resulta interesante la aportación de Stein y Glenn (1979) de que las narraciones que los niños creaban y comprendían se componían de elementos específicos, consistentemente ordenados. Las historias se juzgaban como anormales si no constaban de una situación, un evento iniciador que planteaba el problema y un intento o acción por parte del protagonista por resolver dicho problema, una respuesta subjetiva del protagonista y una consecuencia o resultado del intento de solución de dicho problema (Johnston, 1982). Se decía que estos elementos constituían la “gramática de la historia” y se convirtieron en uno de los modelos para evaluar y enseñar narrativa.

Las terapias diseñadas para ayudar a los niños en la construcción, comprensión y recuento de las narraciones incluían una orientación del lenguaje total así como un entrenamiento en “destrezas específicas de narrativa”. El enfoque del lenguaje total trataba las narraciones como gestalts, y les proporcionaba a los niños experiencias para comprenderlas y producirlas. La orientación de destrezas se dirigía a enseñar las destrezas psicolingüísticas prerequisites necesarias para comprender y generar narraciones.

Los trabajos realizados en los años 80 sobre la disfemia o tartamudez, están encabezados por D. Crystal, el cual señala algunas características como: una cantidad anormal de repetición de segmentos, sílabas, palabras o frases; obstrucción del flujo del aire durante el habla con espasmos faciales y muecas, movimientos de la cabeza y, en general, de todo el cuerpo, que perjudican la dicción, etc¹⁴. En relación con los elementos que caracterizan el habla tartamuda, han tratado P. Fiedler y R. Standop¹⁵. Por otra parte, S. B. Resnick defiende que los niños tartamudos que son objeto de una excesiva atención se hacen más críticos con sus propios errores. Incluso se llegó a sugerir el tratamiento de esta deficiencia a través de la utilización de “estimulación magnética cerebral”.

El mutismo selectivo presenta un cuadro de caracteres negativos, que suele aparecer hacia los seis años. Para explicar su posible causa se han formulado distintas teorías que hacen referencia, tanto a una superprotección materna, como a trastornos del lenguaje, cierto retraso mental leve, períodos largos de hospitalización, etc.

El retraso simple del lenguaje, según J. Ajuriaguerra y A. Marcelli (1987), se caracteriza por la ausencia de perturbaciones del mismo en un niño sin retraso mental, ni sordera grave, ni organización psicótica¹⁶. Mientras que para D. Porot (1980) se trata de una deficiencia que pasa desapercibida y que se detecta sólo al comienzo de la escolarización¹⁷. Por otro lado, F. Estienne (1988), señala que este tipo de retrasos está referido a niños normales, que tienen un desfase en la elaboración del lenguaje en relación con la cronología habitual en las adquisiciones. Otros autores, como P. Aimard, C. Launay, etc., hablan de trastornos de la organización o de la adquisición del lenguaje, es decir, trastornos sin alteración fisiológica, sensorial ni neurológica¹⁸. De tal manera que Estienne describe como caracteres propios del retraso simple¹⁹:

- a) Los signos lingüísticos.
- b) Los signos de acompañamiento.
- c) El proceso evolutivo.

Resulta muy difícil establecer su diagnóstico antes de los seis años de edad, por lo que este autor considera necesario que la evaluación esté basada en tres tipos de exámenes:

14. Cristal, D. (1983). *Patología del lenguaje*. Madrid: Cátedra.

15. Fiedler, P. A. y Standop, R. (1984). *La tartamudez*. Barcelona: Herder.

16. Ajuriaguerra, J. (1980). *Manual de Psiquiatría Infantil*. Barcelona: Toray-Masson.

17. Porot, D. (1980). *Los trastornos del lenguaje*. Barcelona: Oikos-Tau.

18. Morgon, A., Aimard, P. y Daudet, N. (1984). *Educación precoz del niño sordo*. Barcelona: Masson.

19. Gutiérrez Zuloaga, I. (1987). *Introducción a la Historia de la Logopedia* (p. 168). Madrid: Ed. Narcea.

- a) Examen médico general.
- b) Examen psicológico.
- c) Examen logopédico.

La audiomudez, a partir de 1987, fue considerada como un trastorno que presentan los niños de más de seis años, cuyo lenguaje es prácticamente inexistente, sin que se observe en ellos ni deficiencia intelectual profunda, ni déficit auditivo, ni organización psicótica de la personalidad, según narra J. Ajuriaguerra (1987). Otros autores, como F. Estienne (1988) lo califica como síndrome raro, en el que se conjugan las formas más severas de alteraciones de la organización del lenguaje. Sin embargo, D. Porot (1980), estima que cuando las primeras expresiones verbales comprensibles no aparecen sino después de los cinco años y se realizan muy lentamente, la evolución del lenguaje manifiesta un trastorno de la expresión verbal y de la percepción auditiva.

La disfasia es considerada como un trastorno funcional del lenguaje, pero carente de sustrato lesional orgánico que pueda clínicamente detectarse, según Estienne (1988). Sin embargo, Porot (1980) la conceptúa como un caso de elaboración tardía e imperfecta del lenguaje, sin sustrato de lesión orgánica que pueda ser detectada clínicamente.

Rapin y Allen realizaron las clasificaciones siguientes²⁰:

- a) Agnosia verbal auditiva.
- b) Dispraxia verbal.
- c) Déficit fonológico-sintáctico.
- d) Déficit léxico sintáctico.
- e) Déficit semántico-pragmático.

En cuanto a las dificultades lecto-escritoras, algunos autores consideran que la lectura es una conducta que mira hacia delante, por la cual reflexionamos, decidimos, etc. Para Rusik (1983), leer es una estructura operativa cognitiva por la cual se adquieren modos y estilos de conducta, que ayudan al ser humano a descifrar códigos visuales. Por otro lado, J. Kennedy (1984) entendía que es una actividad relacionada con el pensamiento.

Según Baddeley (1983), las bases previas para realizar la actividad lectora eran: la coordinación vasomotora, la atención, la codificación, la decodificación, la percepción y la memoria. En lo que respecta a los procesos que intervienen en la lectura, algunos autores destacan los procesos perceptivos, para los cuales, Vellutino (1982), se basa en el reconocimiento previo de las letras. Por último, Macneill, Anderson y Pearson (1984), establecen la importancia de la interacción entre el lector, el texto y el escritor, defendiendo la teoría del "esquema"²¹.

La dislexia fue definida por Vellutino (1987), como una desviación leve del lenguaje, que limita su capacidad para codificar otros tipos de información²². Según Pavlidis

20. *Ibidem*, p. 169.

21. Anderson, S. R. (1990). *La fonología en el siglo XX*. Madrid: Visor.

22. Vellutino, F. (1987). *Dislexia: theory and research*. Cambridge: The Mit Press.

(1990), es un síndrome caracterizado por un severo retraso de lectura, encontrando en el movimiento de los ojos, un indicio relevante de la detección del disléxico.

La mayoría de los autores coinciden en la aplicación de unas normas metodológicas de reeducación, para los disléxicos, tales como el reforzamiento inmediato de toda respuesta, aprendizaje pluridimensional, aprendizaje mnemotécnico, que pasa por cuatro periodos:

- a) Acercamiento al paciente.
- b) Áreas y conceptos básicos.
- c) Rehabilitación de la lectura.
- d) Rehabilitación de la escritura.

En cuanto al autismo, en la década de los 80, se destaca el déficit social como característica fundamental del autismo por autores como Lord y Schopler (1982); y también por O'Connor y Hermelin (1988), los cuales resaltan la incapacidad de los autistas para entender los significados sociales. Por otro lado, Hobson (1989) se interesa por la causa de la alteración y piensa que las deficiencias que padecen estos niños están relacionadas con el desarrollo social y afectivo. Se ha discutido mucho sobre si los autistas tienen emociones o no. Según Hopkins (1981), hay varias diferencias entre ellos; Clark (1981) extiende esas diferencias de matices tanto a la responsabilidad social, como a los tonos de voz o a la demanda interpersonal. Algunos autores encuentran en estos sujetos una relación de dependencia con sus cuidadores, como es el caso de M. Sigman (1984). Sin embargo, C. Cohen (1988) manifiesta que el autista, durante toda su vida, tiene una importante incapacidad para participar en la interacción personal recíproca.

La faceta clínica y pedagógica para atender el desarrollo del primer lenguaje fue tratada por el inglés J. Harris, en su libro sobre este proceso y sobre las implicaciones tanto educativas como clínicas que estarían asociadas²³. El estudio realizado por Cole y Clair, nos muestra la importancia de la conducta comunicativa preverbal en relación con el desarrollo del lenguaje, en su artículo *Conducta interactiva educador-niño: un procedimiento clínico para el desarrollo del lenguaje hablado en los niños*²⁴. Estos autores aducen que, cuando la adquisición del lenguaje se hace problemática debido a una deficiencia auditiva, la importancia de la comunicación preverbal es todavía mayor. De tal manera, que los autores ofrecen un método clínico que analiza la interacción entre el niño y el personal, tanto clínico como educador, que está a su alrededor.

En los años 80 se produjo un cambio en los modelos de intervención sobre el autismo. De tal manera, que ya no se consideraba, en los trabajos de modificación de conducta, la culpabilidad de los padres, puesto que se observaba que, en la mayoría de los casos, las anomalías se daban desde el nacimiento, según afirma Wing²⁵. Sin embargo, más

23. Harris, J. (1990). *El desarrollo del primer lenguaje: Implicaciones para la práctica clínica y educativa*. Londres-New York.

24. Cole, E. B. y St. Clair, J. S. (1984). Caregiver-child interactive behaviours. *British Journal of Audiology*, 18, 7-16.

25. Wing, L. (1989). The diagnosis of autism. En Gillberg, C. (Ed.), *Diagnosis and treatment of autism*. New York: Plenum Press.

que los modelos de tratamiento conductuales, se hablaba de modelos de tratamiento de la comunicación, siguiendo las pautas de Schopler y Meisibov, cuyos puntos más importantes son²⁶:

- a) Principios generales de la intervención desde el modelo de tratamiento de la comunicación.
- b) Intervención en el componente formal, con programas de entrenamiento en imitación vocálica.
- c) Programas de intervención en el componente pragmático, entre los cuales, el procedimiento de entrenamiento es idéntico al del habla signada de la función de petición de Schaeffer (1980).
- d) Programas basados en sistemas alternativos de comunicación, entre los que se encuentra el programa de comunicación total de R. Schaeffer (1980), que engloba el conjunto de otros dos términos, el del habla signada y el de comunicación simultánea.

La prioridad educativa consiste en mejorar la habilidad del niño autista para comunicarse en cada situación, según J. Watson (1985). De tal manera que, la intención comunicativa, debe ser considerada como un prerrequisito para el habla referencial de los autistas, según A. M. Wetherby (1984).

Según R.L. Schiefelbusch, para conseguir el uso generalizado el habla y el lenguaje en estos niños, sugiere las estrategias siguientes²⁷:

- a) El entrenamiento debe realizarse en condiciones diferentes y por distintos educadores.
- b) El niño debe ser expuesto a condiciones estimulantes semejantes a las sesiones de entrenamiento.
- c) Evaluación de las funciones que el autista emplea espontáneamente.
- d) Realización de un registro de esfuerzos.
- e) Delinear los procedimientos a seguir, entrenando previamente la producción de peticiones espontáneas y generalizándolas después a cualquier situación del entorno.

26. Schopler, E. y otros (1988). *Stratégies éducatives de l'autisme*. París: Masson.

27. Schiefelbusch, R. L. (1986). *Bases de la intervención en el lenguaje*. Madrid: Alambra