

TEMA 10.- PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE.

2.- CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE.

☞ La Asociación Estadounidense del Habla, el Lenguaje y la Audición, define el término trastorno del lenguaje como el “deterioro o el desarrollo deficiente de la comprensión y/o la utilización de un sistema de símbolos hablados, escritos u otros, incluyendo la morfología, la sintaxis, la semántica y la pragmática”.

☞ Cuando se relaciona la conducta lingüística con su sustrato neurobiológico, el modo de entender esa relación puede variar según se entiendan:

- La localización cerebral.
- La especialización hemisférica.
- Organización jerárquica de sus niveles neurales y su interacción.
- Las etapas secuenciales de procesamiento que acontecen en las estructuras, sean estas de tipo sensorial, motor o asociativo.

☞ Los niveles de organización lingüística (o componentes) son:

- Fonológico.
- Sintáctico.
- Semántico.
- La pragmática del lenguaje o el estudio de los intercambios desde el punto de vista de su interacción social.

☞ La neurolingüística contemporánea (neuropsicología cognitiva del lenguaje) cuenta con tres corrientes:

- Relación cerebro-lenguaje: Esta corriente neurológica ha ido derivando su énfasis investigador desde la preocupación por la localización hacia la preocupación por la alteración de las funciones cerebrales.
- Corriente psiconeurolingüística: Tiene un origen más reciente y su interés principal está en el conocimiento del sistema de procesamiento del lenguaje normal, si bien dicho conocimiento se consigue a través del estudio de síndromes de afasia adquirida.

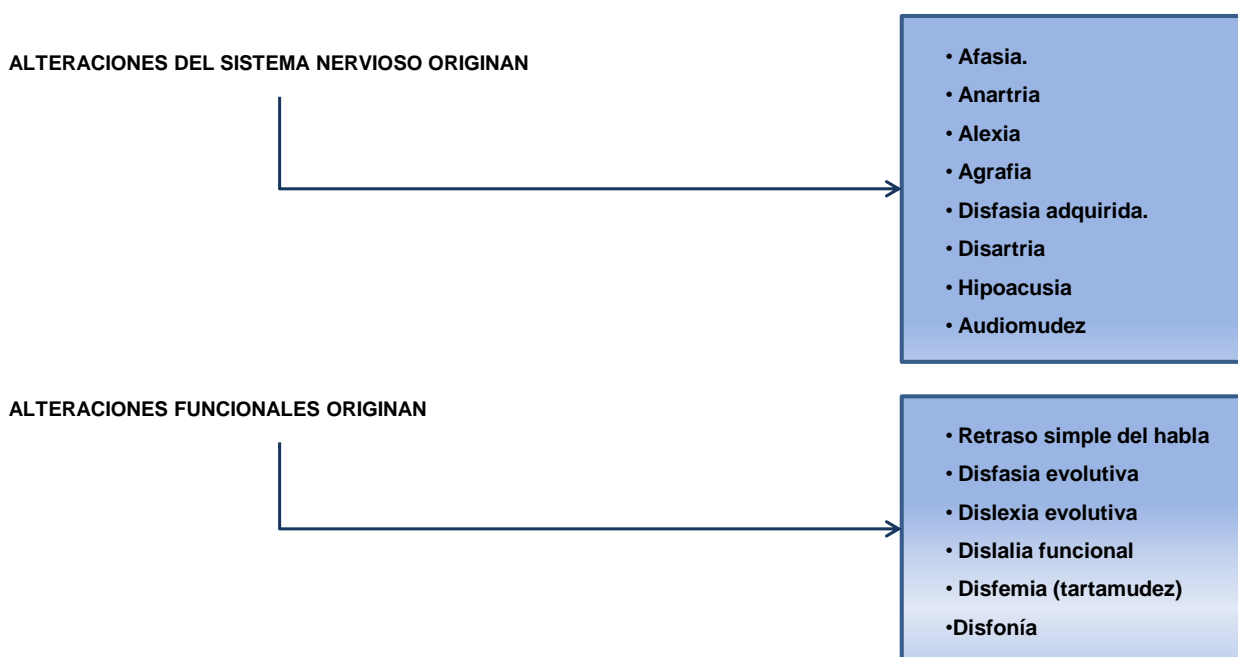
- **Corriente funcionalista:** En la que se incluyen los intereses sobre aspectos comunicativos e interactivos del lenguaje en los síndromes afásicos. La pragmática del lenguaje, o el modo en que un individuo afásico usa el lenguaje para comunicarse, constituye el principal interés de esta corriente de investigación en la que adquiere especial relieve el contexto situacional y la comunicación no verbal (CNV) de la que el afásico es capaz.

☞ Cualquier clasificación para ser operativa tiene que combinar adecuadamente los siguientes criterios:

- Lenguaje-habla.
- Primario-secundario.
- Orgánico-funcional.
- Central-periférico.
- Evolutivo-adquirido.
- Comprensión-producción.

☞ También ha de tener en cuenta los componentes lingüísticos (fonológico, sintáctico, semántico y comunicativo).

☞ Clasificación etiológica:



ALTERACIONES DEL LENGUAJE SECUNDARIAS (Derivadas de otros trastornos o procesos como retraso mental, autismo, epilepsia, etc.)

3.- AFASIAS EN ADULTOS.

3.1.- DEFINICIÓN.

- ☞ Llamamos afasias en personas adultas a aquellos trastornos del lenguaje que han sobrevivido como consecuencia de una lesión cerebral.
- ☞ Las alteraciones que implica el lenguaje hablado, también cursan con alteraciones de la lectura y la escritura.
- ☞ Son trastornos adquiridos por quienes en otro tiempo fueran hablantes-oyentes normales de su propio idioma.
- ☞ Existe acuerdo general en cuanto al carácter focal y no generalizado o difuso, de las lesiones cerebrales que originan afasia.
- ☞ Existe desacuerdo sobre la descripción de la naturaleza de la afasia y qué trastornos lingüísticos deben incluirse bajo dicho término.

3.2.- CLASIFICACIÓN.

- ☞ El modelo neurológico clásico ofreció un núcleo inicial de términos clasificatorios que se han venido manteniendo como referentes aproximados de las zonas cerebrales dañadas por la lesión
- ☞ Si nos atenemos a la clasificación de Goodglass y Kaplan, como la más representativa de la herencia clásica, las áreas deficitarias en el campo de las afasias son:

- Articulación:

La producción de sonidos articulados, vocálicos y consonánticos es una característica de la producción del habla.

Quienes padecen un déficit articulatorio afásico son incapaces de articular sonidos del habla, aunque sean sencillos o se les pida que lo imiten.

En las formas menos severas del déficit, el paciente puede tener dificultad sólo con los grupos consonánticos más complicados.

- Fluidez verbal:

Se suele hacer la distinción entre:

- Afasia fluida: que no presenta reducción en la tasa normal de emisión verbal; no obstante, las emisiones habladas pueden carecer de contenido significativo.
 - Afasia no fluida: que se caracterizan por una fluidez verbal baja. Esta reducción en la fluidez también puede provenir de la dificultad para encontrar palabras, o incluso puede ocurrir en ausencia de verdadera patología.
-
- Encontrar palabras:

Se suele decir que todos los pacientes afásicos tienen dificultad para encontrar las palabras de que disponen en su repertorio.

Las palabras que ofrecen dificultad son palabras de contenido, por lo que a veces el enfermo elige alguna palabra próxima en el significado si no encuentra la apropiada.

Si no existieran otros síntomas afásicos aparte de la dificultad de encontrar palabras, estaríamos ante la alteración denominada anomia.
 - Agramatismo:

Afecta a la sintaxis más que al vocabulario.

Los pacientes agramáticos no pueden unir palabras para formar secuencias sintácticamente correctas (secuencias cortas no más de 2 o 3 palabras, aunque pueden unir largas secuencias cuando previamente las hayan memorizado y automatizado).

Tiene su punto débil en las partículas gramaticales, o palabras funcionales, a diferencia de encontrar palabras cuyo punto débil son las palabras de contenido; sin embargo, son más bien imprecisos los límites entre ambas clases de palabras.
 - Parafasia:

Producción no intencional de sílabas, palabras o frases durante el habla. Son diferentes a los circunloquios, que el paciente realiza con carácter intencional para obviar un bloqueo cuando trata de encontrar la palabra apropiada.

Se diferencia del defecto articulatorio en que en las parafasias algunos sonidos se sustituyen por otros cuya articulación es correcta.

- Parafasia literal o fonémica: si se sustituyen sílabas. Puede devenir en neológica en los casos en que las nuevas expresiones resultantes de los cambios constituyan verdaderos neologismos en el idioma del afásico.
- Parafasia verbal: si se cambian unas palabras por otras, pueden ser: semánticas, aleatorias o con carácter perseverativo (repetir una y otra vez, algún término previamente pronunciado).

- Repetición:

Hay enfermos que no pueden repetir expresiones de habla oídas, aunque la mayoría de los afásicos sí lo hace.

La alteración en la repetición puede provenir tanto de defectos en la comprensión como en la articulación, o puede también significar una disociación entre los sistemas de recepción auditiva y los sistemas de emisión del habla,

- Comprensión auditiva:

Aun cuando el córtex auditivo primario se halle intacto, puede estar alterada la comprensión de la información auditiva.

En algunos casos no sólo existe dificultad de comprensión de palabras aisladas, se puede comprender las palabras en forma aislada y no hacerlo cuando se hallan en una frase.

☞ En la actualidad, y según la localización principal de la lesión, los síndromes afásicos se pueden dividir en corticales y subcorticales:

- Síndromes subcorticales:

- Afasia anterior capsular/putaminal.
- Afasia posterior capsular/putaminal.
- Afasia global capsular/putaminal.
- Afasia talámica.

- Síndromes corticales:

SÍNDROME	LUGAR DE LA LESIÓN	HABLA (OUTPUT)	COMPREENSIÓN AUDITIVA	OTROS PROBLEMAS CARACTERÍSTICOS
Afasia de Broca	Frontal, 3ª circunvolución, sector posterior	Laboriosa por los trastornos articulatorios. Con parafasias fonéticas.	Limitada para las palabras funcionales.	Acromatismo y falta de fluidez. Repetición pobre.
Afasia de Wernicke	Temporal, 1ª circunvolución, sector posterosuperior	Sin trastornos articulatorios. Con neologismos y/o parafasias. Puede carecer de significado.	De pobre a muy pobre.	Fluidez normal. Repetición pobre y anomia.
Afasia de conducción.	Parietal, zona del fascículo arqueado.	Frecuentes parafasias fonéticas. Puede ser vacilante, pero sin trastornos articulatorios.	Normal aunque puede estar algo afectada.	Sin falta grave de fluidez, muy deteriorada la repetición.
Afasia anómica amnésica	Variable: temporal, medio posterior o difuso; también temporoparietal.	Sin trastornos articulares. Normal excepto para nombres, que pueden ser omitidos o sustituidos.	Suele ser normal.	Fluidez y circunloquios ocasionales por anomia. La repetición es normal.
Afasia motora transcortical	Frontal, anterior o medial	Sin trastornos articulatorios, tiende a la reducción e inercia.	Dentro de lo normal	La fluidez es normal en la repetición y al nombrar objetos, pero se reduce en las emisiones espontáneas. Anomia.
Afasia sensorial transcortical	Temporoparietal, rodeando a la cisura de Silvio.	Sin trastornos articulatorios. Puede parecerse a la afasia de Wernicke, con parafasias verbales.	Pobre	Fluidez y repetición normales. Anomia.
Aislamiento de las áreas del habla	Zonas circundantes al córtex perisilviano.	Normal cuando repite	Muy deteriorada	Fluidez al repetir, pero muy pobre en la emisión espontánea. Con frecuencia la repetición es ecológica.

3.3.- REVISIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LURIA.

📖 El análisis neuropsicológico nos lleva de una simple constatación de hechos sobre incapacidad para el habla, y de descripciones externas de las principales formas de afasia, a un análisis de los principales factores que están a la base.

☞ Un factor es un eslabón o componente de un sistema funcional (funciones psíquicas superiores), de tal modo que cuando resulta dañado el factor existen dos clases de síntomas en el síndrome neuropsicológico analizado:

- Síntomas primarios: o alteración de la función propia del sector cerebral dañado.
- Síntomas secundarios: o efecto sistémico de dicha alteración.

☞ Se supone que el daño de un sector determinado del cerebro altera en su totalidad el sistema funcional al que pertenece, o incluso puede alterar varios sistemas funcionales a la vez.

☞ Luria, considera que son seis las principales formas de afasia, o síndromes afásicos, si se estudian a la luz de la neuropsicología:

- Afasia motora eferente:

Luria busca en la fisiología del movimiento la base para caracterizar adecuadamente a la tradicional afasia de Broca.

La influencia de la organización secuencial de los movimientos (cinética) proviene de la zona premotora adyacente al área motora facial. Consecuentemente cuando se daña esa zona, que coincide con el área de Broca, nos hallamos ante una afasia eferente motora o cinética.

- Afasia motora aferente:

Tiene su origen en la alteración del segundo tipo de influencias que recibe la zona motora facial. (Influencia cinestésica).

Cuando la lesión focal daña este mecanismo autorregulador nos hallamos ante una afasia motora aferente o cinestésica.

En esta forma de afasia no se altera la estructura de los fonemas, sino la de los articulemas (sistema de diferenciaciones articulatorias).

Para Goodglass y Kaplan, la afasia motora aferente de Luria es la afasia de conducción del modelo clásico. Sin embargo, Luria habla de la incapacidad de repetición, característica de la afasia de conducción, no la asocia de modo alguno con la afasia motora aferente.

- Afasia acústico-agnósica:

Es la afasia sensorial, o de Wernicke. La revisión de este síndrome, según Luria, debe conducir a la superación de las concepciones antiguas del “defecto auditivo” y del “defecto intelectual”.

Desde la base de la fonología lingüística contemporánea, Lucia cree que la característica básica de este tipo de afasia es la alteración de la audición fonémica (relación sonido-fonema).

De este defecto básico deriva:

- Falta de comprensión de las palabras.
- Pérdida de significado en el habla (ensalada de palabras).
- Enajenación del sentido de las palabras. (si el sujeto deja de comprender el significado de las palabras y el sentido de las frases).

▪ Afasia acústica-mnésica:

Al revisar la clásica afasia anómica, (defecto de nombrar objetos), Luria se basa en el análisis de la denominación de objetos o proceso de nombrar:

- Afasia óptica: Cuando existe lesión cortical de las zonas visognósicas, ya que ésta afecta al reconocimiento de objetos.
- Afasia acústica-mnésica: defecto en la memoria de la forma acústica de las palabras (memoria verbal), cuya alteración se produce por daño en zonas temporales próximas al área de Wernicke

Es característica de estos afásicos la incapacidad para retener y reproducir el orden serial de las palabras. En cambio si se trata de series de figuras geométricas (series visuales) se retienen mejor.

▪ Afasia semántica (y relación con la afasia amnésica):

Los investigadores clásicos de la afasia anómica, observando el daño cortical de zonas perietooccipitales, consideraron que la dificultad de traer a la mente el nombre de un objeto era el síntoma más destacado. Tal dificultad hizo que los estudiosos de este síndrome lo llamasen afasia amnésica.

Según Luria la alteración de la memoria verbal que ocurre en estos pacientes es del todo diferente de la que se halla en lesiones de córtex temporal asociativo.

▪ Afasia dinámica:

Se creía en la concepción clásica que se producía afasia motora transcortical cuando se hallaban afectadas por lesión las vías entre el centro de los conceptos y los centros motores.

Para Luria no existe tal centro de los conceptos ni se ha comprobado que esta forma de afasia motora sea transcortical. Pero si existe:

- Afasia preservativa: que caracteriza a un amplio grupo de afasias anteriores o eferentes (incluida la afasia de Broca), cuya dificultad estriba en la secuenciación de palabras, no de sílabas.
- Afasia dinámica: debida a lesiones de las partes inferiores del lóbulo frontal izquierdo inmediatamente anterior al área de Broca, que se caracteriza por el fallo en el habla espontánea.

3.3.1.- Evaluación neuropsicológica del lenguaje en el modelo de Luria.

☞ En el modelo de Luria, el área del lenguaje que se explora con la Batería Luria-DNA (Diagnostico neuropsicológico de Adultos), se aborda con dos subtests:

- Habla receptiva:

Explora el reconocimiento de palabras aisladas y la repetición de secuencias de palabras.

La comprensión del significado mediante clasificación de tarjetas, o comprensión de frases de larga concatenación sintáctica, son tareas requeridas por la prueba.

Se consideran particularmente implicados los sistemas parietooccipitales del hemisferio izquierdo, junto con la zona de comprensión del habla, o área de Wernicke.

- Habla expresiva:

Explora la producción del habla mediante repetición de palabras, secuencias de palabras y frases.

Explora la función nominativa a un alto nivel, así como series de palabras y oraciones con palabras desordenadas.

Se consideran implicadas zonas corticales muy diversas del hemisferio izquierdo, ya que su daño puede originar deterioro del habla expresiva, especialmente la zona de articulación del lenguaje, o área de Broca.

☞ También existen la Batería Luria DNI (Diagnostico neuropsicológico infantil) para niños de edad escolar entre 7 y 11 años de edad y la Batería Luria-Inicial para niños entre 4 y medio y 7 años de edad. En ellas, mediante la aplicación de diferentes subtests, se exploran las capacidades lingüísticas infantiles y su posible deterioro, tanto de la variante receptiva como de la expresiva.

4.- DISFASIAS INFANTILES.

4.1.- CONCEPTO: DISFASIA EVOLUTIVA O TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL).

- ☞ La disfasia evolutiva es un trastorno específico del lenguaje (discapacidad para el lenguaje) que afecta tanto a la expresión como a la comprensión.
- ☞ Se da en niños de inteligencia normal, que no han adquirido aún el lenguaje y que no presentan ningún tipo de alteración sensorial, neurológica, emocional ni privación ambiental, es decir, cuando el fallo es específico sin ser un síntoma de otros cuadros clínicos, por lo que se considera un trastorno primario del lenguaje.
- ☞ Los niños diagnosticados de TEL son niños minusválidos (33%).

4.2.- INCIDENCIA Y RELACIÓN CON EL DAÑO CEREBRAL.

- ☞ Algunos autores obvian la relación de la disfasia evolutiva con la disfunción cerebral, interesándose más por la naturaleza del lenguaje impedido que por la relación cerebro-conducta; es un interés más psicolingüístico que neuropsicológico.
- ☞ Otros autores, en cambio, defienden la pertenencia de la disfasia evolutiva a la neuropsicología clínica y consideran al daño cerebral como su factor causal esencial.
- ☞ Hay quienes admiten únicamente un retraso madurativo como base neurológica de la disfasia evolutiva, pero no una lesión del sistema nervioso central.
- ☞ La cuestión de fondo está en saber si las anomalías de las capacidades de lenguaje se relacionan con funciones cerebrales alteradas o, simplemente, se deben a una maduración normal, aunque retrasada, de las funciones cerebrales. En este último supuesto (teoría del retraso madurativo), los niños con disfasia evolutiva seguirán un patrón esencialmente normal del desarrollo del lenguaje; sufrirán 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, cual es el caso de niños con daño cerebral por lesión.

4.3.- CLASIFICACIÓN.

La disfasia evolutiva se puede dividir en:

- ☞ Disfasia expresiva: Se dan defectos de habla predominantemente expresivos o que afectan a la emisión del habla del niño diafásico, pudiendo variar desde quienes se hacen entender hasta los casos más graves en los que no se hacen entender hablando.

Los niños con este tipo de disfasia se caracterizan por tener menos problemas emocionales y de conducta que aquellos que tienen disfasia receptiva.

☞ Disfasia receptiva: el defecto es predominantemente de recepción del habla por lo que es preciso distinguir el trastorno evolutivo del habla de la sordera.

No hay pérdida auditiva general en la disfasia receptiva, sino pérdida de la capacidad de discriminar sonidos del habla y de atribuirles significado.

El DSM-IV-TR distingue entre trastornos del lenguaje adquirido (debido a alguna causa neurológica) y trastornos del lenguaje evolutivo (comienza desde el nacimiento y no tiene causa aparente).

TRASTORNOS DE COMUNICACIÓN DSM-IV-TR

- ⊗ Trastorno del lenguaje expresivo.
- ⊗ Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.
- ⊗ Trastorno fonológico.
- ⊗ Tartamudeo.
- ⊗ Trastorno de la comunicación no identificado.

Los dos primeros guardan mucha similitud con la división de disfasia evolutiva expresiva y disfasia evolutiva receptiva:

☞ Trastorno del lenguaje expresivo: se caracteriza por una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo.

Las características lingüísticas del trastorno varían en función de su gravedad y de la edad del niño.

Se caracteriza por:

- Un habla limitada cuantitativamente.
- Gama reducida de vocabulario.
- Dificultad para la adquisición de palabras nuevas.
- Errores de vocabulario o de evocación de palabras.
- Frases excesivamente cortas.

- Estructuras gramaticales simplificadas.
- Limitación en la variedad de estructuras gramaticales.
- Limitación en la variedad de tipos de frases.
- Omisión de partes de la oración.
- Orden inusual de palabras en la frase.
- Desarrollo del lenguaje lento.

☞ Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo: Se caracteriza por una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo.

Las características lingüísticas son similares a las del trastorno del lenguaje expresivo:

- Vocabulario limitado.
- Errores en los tiempos verbales.
- Dificultad para recordar palabras o producir frases de longitud o complejidad propias de su edad evolutiva.
- Dificultad general para expresar ideas.

Dificultades en el desarrollo del lenguaje perceptivo: Dificultad para comprender palabras, frases o tipo específico de palabras, como por ejemplo, términos espaciales.

En los casos más graves se pueden observar alteraciones múltiples, que incluyen la incapacidad para comprender el vocabulario básico o frases simples, así como déficit en distintas áreas del procesamiento auditivo.

4.4.- DÉFICIT PSICOLINGÜÍSTICOS.

☞ Desarrollo fonológico:

Los niños con disfasia evolutiva son mucho más lentos que los niños normales y no aparecen como desviados, sino sólo como retrasados en esta capacidad.

Sus procesos fonológicos parecen ser como los de los niños normales en etapas anteriores al desarrollo.

Procesos tales como omisiones de sílabas o fonemas, reduplicaciones, etc. son detectados en niños disfásicos algunos años más tarde de haberlos superado los niños normales.

Desarrollo sintáctico:

Los niños normales son capaces de imitar algunas estructuras sintácticas que aún no pueden producir espontáneamente. En cambio, los niños disfásicos mostraban un patrón inverso, ya que eran incapaces de repetir algunos tipos de frases que ellos habían usado en su habla espontánea.

La capacidad de los disfásicos para imitar secuencias fonológicas correlacionaba con su capacidad de imitación sintáctica, es decir, a medida que realizaban peor la imitación de frases, también fallaban en la precisión fonológica con las palabras reales.

Desarrollo semántico:


Es estudiado a través del desarrollo del vocabulario temprano, que parece seguir con los niños disfásicos un patrón similar al de los niños normales.


Los estudios sobre la dimensión pragmática del lenguaje no han descubierto incompetencia especial por parte de los niños disfásicos. Así como se puede hablar de trastorno en la sintaxis de los niños disfásicos, no se puede decir lo mismo de su funcionamiento pragmático.

Procesos cognitivos:

El fallo de estos procesos, podría explicar la disfasia evolutiva, se suele recordar que la secuenciación temporal auditiva es un problema corriente en esta población de niños.

4.5.- DISFASIA INFANTIL ADQUIRIDA.

 Representa un porcentaje muy pequeño de casos en niños en comparación con la disfasia evolutiva.

 Este tipo de trastorno supone una pérdida del lenguaje ya adquirido, ya sea por lesión cerebral o por pérdida progresiva concomitante a la aparición de un trastorno convulsivo.

- ☞ Como se trata de lenguaje ya adquirido cuando se produce la lesión, la edad de 3 años puede considerarse límite inferior; y aunque no hay límite superior preciso, cabe decir que a partir de los 10 años se parecen cada vez más al del adulto. Kolb y Whishaw (1986) dicen que entre los 3 y los 10 años de edad las lesiones cerebrales pueden producir disfasia, pero la recuperación tiene lugar con el tiempo porque el hemisferio intacto puede asumir las funciones del lenguaje; las lesiones ocurridas después de los 10 años producirían trastornos del lenguaje parecidos a los del adulto, porque el hemisferio intacto se vuelve cada vez más especializado y menos capaz de adaptarse y reorganizarse.

- ☞ Puede aparecer disfasia adquirida en relación con cierto tipo de crisis epilépticas. Las edades en que aparecen picos por elevación en la tasa de aparición son los 2 años de edad y la pubertad. En relación con el lenguaje, aparece afectada tanto la comprensión como la expresión, variando considerablemente la aparición, curso y recuperación.

5.- DISLALIAS INFANTILES, RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE Y DEL HABLA.

5.1.- CONCEPTO.

- ☞ El DSM-IV-TR incluye dentro de los trastornos de la comunicación el trastorno fonológico y lo define según los criterios siguientes:
 - Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p.ej. errores de la producción de los sonidos del hablar, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro).
 - Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
 - Si hay un retraso mental, u déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

- ☞ Aunque no se cita directamente se pueden relacionar con el trastorno fonológico trastornos del lenguaje como:
 - Dislalia: Dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras. Puede ser debida a alteraciones orgánicas (labio leporino, macroglosia, fisura palatina, rinolalia, déficit auditivos) o funcionales. Estas últimas son las más frecuentes.

- Disartria: Dificultad de la articulación y expresión del habla, debido a trastornos del tono y del movimiento de los músculos que controlan la articulación y que son consecuencia de lesiones del sistema nervioso (central y periférico).
- ☞ Desde una perspectiva lingüística hay que destacar que si en la articulación de un fonema, de una sílaba o de una palabra los órganos no se colocan en la posición apropiada para su correcta pronunciación, pueden producirse diversos errores:
- Sustitución (tipo de error más frecuente): cuando implica reemplazar un sonido consonante correcto por otro incorrecto. Puede darse al principio, en el medio o al final de una palabra (“quiero” → “quiedo”).
 - Omisión: Un sonido puede omitirse o desaparecer por completo de una palabra. Al igual que las sustituciones, las omisiones pueden producirse en cualquier parte de la palabra. (“entonces” → “~~e~~ntonces”).
 - Inserción: Un sonido que no corresponde a una palabra puede insertarse o agregarse prácticamente en cualquier parte de la palabra. (“rascar” → “arrascar”).
 - Distorsión: Puede definirse a los sonidos distorsionados, aproximados o indefinidos, como aquellos que no derivan de una sustitución definida, y cuya incorrección se debe, por el contrario, a una mutilación, falta de claridad o a un descuido que da origen a un sonido débil o incompleto.

5.2.- CLASIFICACIÓN.

- ☞ Específicamente se las conoce como dislalias, y se les añade el término “funcional” para diferenciarles de las dislalias orgánicas, es decir, de los trastornos de articulación que pueden sobrevenir por malformaciones orgánicas.
- ☞ Evolutivamente, es a partir de los cuatro años cuando se considera que estas dificultades deben ser abordadas mediante un tratamiento adecuado, ya que el proceso normal de desarrollo del habla en los niños no está exento de este tipo de dificultades, aunque con la práctica tienden a desaparecer.
- ☞ No todos los problemas de articulación se reducen a las dislalias; es posible encontrar niños mayores de 4 años que “hablan mucho, pero apenas se le entiende nada” y sin embargo de forma aislada logran pronunciar casi todos los fonemas y sílabas correctamente. Este tipo de problemas de índole fonológica que afectan a algunas partes del discurso y a su inteligibilidad suelen etiquetarse como “inmadurez articularia”.

5.3.- CONCEPTOS EXPLICATIVOS.

☞ Enfoque tradicional: subyacen dos hipótesis básicas:

- Una que concibe el error de articulación como una deficiencia motora.
- Otra que lo considera como un problema de discriminación auditiva.

☞ Teoría sensoriomotora: McDonald subraya que en el lenguaje hablado el enunciado mínimo es la sílaba. Concibe los errores de articulación como errores de integración de los diversos movimientos necesarios para pronunciar correctamente un fonema en el contexto de una sílaba o palabra.

Se denomina sensoriomotora por su insistencia en:

- Descubrir los contextos en que ciertos fonemas son incorrectamente articulados.
- Construir un programa de ejercicios de pronunciación de sílabas que se presenta y ejecuta en diversas secuencias (aspecto motor de la articulación).
- Enfatizar que el aprendizaje de la pronunciación correcta debe basarse sobre la capacidad del sujeto para sentir los movimientos fonoarticulatorios (aspecto sensorial de la articulación).

☞ Teoría fonológica: Postula que:

- Los niños no aprenden sonidos, sino rasgos lingüísticos que distinguen unos sonidos de otros, es decir, aprenden los rasgos distintivos binarios que componen los sonidos de su lengua (sordo-sonoro, vocálico-no vocálico, nasal-no nasal, etc.).
- El aprendizaje del sistema fonológico se aprende según un sistema de reglas cuyos principios tienen un carácter universal, según la teoría lingüística estructuralista.
- La mayoría de los trastornos de la articulación son, en realidad, trastornos lingüísticos motivados por errores fonológicos.
- Todos los niños pasan por un estadio lingüístico en el cual cometen numerosos errores que se consideran procesos o reglas de organizaciones. Estos errores pueden persistir durante un tiempo más largo en algunos niños y da lugar, en otros, a fenómenos de desviación.

5.4.- DESARROLLO SIMPLE DEL LENGUAJE Y DEL HABLA.

☞ Retraso simple del lenguaje: es un trastorno del lenguaje de tipo evolutivo con desfase cronológico. Son niños que no presentan alteraciones intelectuales, relacionales, sensoriales, motrices, emocionales y sociales.

Afecta a más de un módulo del lenguaje siendo la fonología y la sintaxis los más afectados:

- La capacidad de comprensión es mejor que la de expresión.
- Realizan muchas simplificaciones fonológicas.
- Presentan una gramática primitiva con muchas hiperregulaciones, suelen utilizar una jerga, hay un escaso uso de formas verbales, reducción de las preposiciones, reducción de nexos.
- En la semántica hay un retraso léxico.
- La pragmática en general no está afectada de forma primaria, pero sí hay una presencia de una expresión gestual aumentada.
- Las funciones lingüísticas suelen ser pobres.

☞ Retraso simple del habla: es la ausencia de presentación del habla en la edad usual, sin causa patológica manifiesta.

Existe una gran disparidad de opiniones a la hora de señalar la edad precisa a partir de la cual se considera que el niño presenta un retraso significativo en la aparición del habla. (se aceptan los 3 años).

Hay que tener en cuenta que los niños con retraso simple del habla:

- Presentan un nivel intelectual acorde con su edad cronológica, según las pruebas de desarrollo con las que se les evalúa. No se constatan déficit auditivos ni psicomotores.
- Su comprensión del lenguaje suele estar acorde con lo esperado a su edad cronológica.
- Pueden expresarse correctamente mediante gestos, a través de los cuales se comunican con los que le rodean, y asimismo los utilizan para conseguir las cosas que necesitan y desean.

- ☞ Otra diferenciación importante es la diferenciación entre retraso simple del habla y disfasia evolutiva. El retraso simple a fin de cuentas es un retraso del habla, mientras que la disfasia evolutiva es un retraso de todo el lenguaje.

Sin embargo, la distinción con la disfasia evolutiva de tipo expresivo es más difícil de establecer, remarcándose la mayor dificultad comunicativa que suelen tener los niños disfásicos.

6.- TARTAMUDEZ

6.1.- CONCEPTO.

- ☞ Autores del modelo médico prefieren el vocablo disfemia para referirse a trastorno y disfémico para el sujeto en cuestión, eliminando así la carga irónica y negativa que a veces connota la palabra tartamudeo.
- ☞ La tartamudez es uno de los trastornos del habla más frecuente.
- ☞ Básicamente incide en la fluidez lingüística y en el ritmo y tiempo del habla, que al estar alterados dificultan las posibilidades de comunicación del sujeto. No es una alteración de la competencia lingüística, sino de la actuación lingüística del individuo.
- ☞ Desde una perspectiva lingüística la tartamudez es un trastorno esencialmente prosódico, es decir, se observan en casi todos los tartamudos una alteración de la dinámica de los fenómenos paralingüísticos prosódicos de acento y entonación.
- ☞ DSM-IV: Criterios para el diagnóstico de la tartamudez:
 - Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (adecuadas para la edad del sujeto), caracterizada por ocurrencias frecuentes de los siguientes fenómenos:
 - Repeticiones de sonidos y sílabas.
 - Prolongaciones de sonidos.
 - Palabras fragmentadas.
 - Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla).
 - Circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)
 - Palabras producidas con un exceso de tensión física.

➤ Repeticiones de palabras monosilábicas.

- La alteración de la fluidez interfiere el remordimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas.

📖 Johnson, al hablar de tartamudez destaca el aspecto interactivo de toda comunicación, por ello describe tres dimensiones básicas alteradas:

- Dimensión lingüística: se caracteriza por la falta de fluidez en el habla, repeticiones de partes de palabras, de partes enteras, prolongaciones de sonidos, interjecciones de sonidos, y palabras y pausas excesivamente largas.
- Dimensión social: aglutina las reacciones de los oyentes frente de las repeticiones del hablante, valorándolas como indeseables, anómalas o inaceptables.
- Dimensión cognitiva: engloba las actitudes, creencias y expectativas del hablante frente a la reacción del oyente, frente a su problema y la propia idea de persona tartamuda.

📖 Stournaras, define la tartamudez en función de cuatro componentes:

- Verbal-motor: Consiste en una interrupción en la fluidez del habla caracterizada por repeticiones audibles y “no audibles”, prolongaciones de los elementos del habla tales como sonidos, sílabas, palabras y frases. Pueden ocurrir también otras clases de interrupciones, como los bloqueos y pausas. Por lo general no son fáciles de controlar. Además, las interrupciones en la fluidez del habla pueden acompañarse de otras actividades motoras de los órganos del habla y otras actividades motoras de los órganos del habla y otras partes del cuerpo (balbismos).
- Emocional: Estado emocional que puede variar de una condición general de excitación y tensión a emociones negativas como miedo, ansiedad, vergüenza o sentimiento de inferioridad. Estas emociones específicas pueden acompañarse de reacciones fisiológicas fuertes como tensión muscular, tasa cardíaca elevada, tasa respiratoria baja, etc.
- Cognitiva: La autoestima de la persona con problemas de tartamudez disminuye y llega a considerarse a sí mismo como incapacitado para relacionarse con los demás.

- Comunicativo: Se caracteriza por una interacción comunicativa alterada entre el tartamudo y los que le escuchan a nivel, emocional y de relación.
- ☞ El patrón del habla anormal se establece entre los 3 y los 8 años. El cuadro puede evolucionar de manera diferente según el comportamiento de cada sujeto, pero como señala Dinville (1985) es extremadamente raro que un tartamudo tartamudee en todo momento y en todas las situaciones.
- ☞ Autores como Fiedler y Standop (1984) destacan que la aparición de la tartamudez se dan ciertas constantes que constituyen fenómenos importantes para su caracterización.
- El efecto de consistencia es la tendencia del tartamudo a tartajear siempre que ha de repetir la lectura de un mismo texto o pasaje, aun cuando entre una y otra sesión pasen varias semanas. Al parecer hay una estrecha relación entre la magnitud de la consistencia y la gravedad de la tartamudez.
 - El efecto de adaptación consiste en que la frecuencia del tartamudeo puede disminuir al repetir la lectura de un texto conocido; a su vez, el grado de adaptación parece aumentar cuando más disminuye el intervalo de tiempo que media entre dos lecturas.
- ☞ El porcentaje de tartamudos disminuye con la edad.
- ☞ Con respecto a la variable sexo hay que destacar que predomina más en varones que en mujeres.

6.2.- CLASIFICACIÓN.

- ☞ La tartamudez o disfemia puede presentar diversas formas que se han clasificado según diversos criterios (uno de los más conocidos es en función de la fluidez) según los tipos de espasmos o bloqueos que presenta el sujeto:
- Disfemia tónica: El espasmo se produce al iniciar el discurso; es un bloqueo intenso que el sujeto vence por la fuerza; momentos después ya puede expresarse. Se manifiesta por contracciones de relativa duración y que determinan cierta rigidez e intermitentes sacudidas en algún nivel de los órganos de fonación.
 - Disfemia clónica: Son pequeños espasmos o contracciones musculares que provocan en la emisión la repetición de uno o varios fonemas o sílabas al comienzo o en el curso de la frase.
 - Disfemia mixta: Cuando la tartamudez es severa pueden observarse espasmos tónicos y clónicos a la vez durante el discurso.

☞ Fraeschels (1946) divide la aparición de los síntomas en cuatro etapas:

- Primera etapa: Etapa de las repeticiones primarias o iniciales que se producen siguiendo el ritmo normal del habla; sería la llamada “tartamudez fisiológica”. Son las repeticiones y vacilaciones del niño que inicia su aprendizaje del lenguaje en el cual la competencia supera a la ejecución lingüística.
- Segunda etapa: Caracterizada por repeticiones espasmódicas más lentas. Es la etapa de clonus. Las sincinesias son frecuentes.
- Tercera etapa: Predominio de espasmos tónicos o de balbismo manifiesto. El habla sufre interrupciones evidentes, el sujeto enrojece y no emite sonidos. Luego el discurso aparece en forma violenta.
- Cuarta etapa: Aparecen movimientos asociados más o menos alejados de los órganos articulatorios como muevas de la cara, inclinación de la cabeza, encogimiento de los hombros, golpes con el pie, etc.; aparecen trastornos respiratorios y algunos síntomas asociadas a estos últimos.

☞ Van Riper (1973, 1982) ha descrito los diversos tipos y las fases de la tartamudez destacando no sólo los trastornos de fluidez, sino también la progresiva conciencia del problema que va adquiriendo el niño y la aparición subsiguiente de las conductas de evitación:

- Tartamudez primaria: Comprende la fase I, y se caracteriza por repeticiones cortas sin tensión ante presión ambiental (se dan en torno a los 3 años).
- Tartamudez transicional: Aglutina las fases II y III.:
 - La fase II se caracteriza por repeticiones más rápidas que en la fase I con prolongaciones en toda posición, conciencia esporádica del problema, e interés por la comunicación (se da en torno a los 4 años).
 - En la fase III se dan más repeticiones en cada bloqueo, aumento de tensión muscular, progresivo aumento de conciencia y frustración sin evitación, y estrategias de solución (en torno a los 5 años).
- Tartamudez secundaria: Engloba la fase IV, en la que ya hay ansiedad y evitación de hablar, de personas, de situaciones, etc., aparición de tics y otros movimientos compensatorios. Es decir, todo el cuadro de la tartamudez está consolidado.

☞ En función de la duración del trastorno se ha distinguido:

- Disfemia evolutiva (inicio entre 3 y 5 años con remisión a los pocos meses).
- Disfemia benigna (inicio sobre los 7 años; dura dos o tres años)
- Disfemia persistente (cuadro disfémico que empieza entre los 3 y 8 años y se cronifica).

☞ A nivel diagnóstico diferencial no se debe confundir la disfemia con la taquifemia ni con la disartria.

- La taquifemia (o farfulleo) es una alteración del habla que se caracteriza por la rapidez excesiva de la palabra, la omisión de las sílabas o sonidos y la articulación imprecisa de los fonemas.
- La disartria es un trastorno de la articulación producto de alguna lesión en el sistema nervioso que como consecuencia provoca alteraciones en el tono o movimientos de los músculos fonadores.

6.3.- MODELOS EXPLICATIVOS.

☞ La teoría psicodinámica: Considera la tartamudez como un síntoma ligado a una personalidad emocionalmente perturbada (neurótica), y cuyo origen es un trastorno psicológico inconsciente que la persona sufrió en una edad temprana; también se subraya que la causa del conflicto puede deberse a la falta de afecto de los padres hacia el niño.

☞ Las teorías conductuales: Subrayan que el patrón del habla del tartamudeo es aprendido, sobre todo a partir de experiencias de condicionamiento directo. Tiene su origen en la ansiedad experimentada por el niño cuando en el período de aprendizaje del habla (entre 2`5 y 4 años) sus padres y familiares le recriminan (a veces imitándole burlescamente) “su forma poco clara de hablar” (hablar titubeante) y le conminan a que se exprese mejor. Para Johnson (1959, 1973), el núcleo del problema es la ansiedad, y al igual que se aprende a tartamudear se puede aprender a controlar la conducta de tartamudeo.

☞ Las teorías perceptivas del habla: Son las mejor conocidas y las que mayor difusión han alcanzado. Parten de algunos hechos empíricos como son que los tartamudos tartamudean mientras hablan, pero no cuando cantan, o tienden a tartamudear menos cuando no se oyen; a la vez postulan que la tartamudez se debe

a un déficit en la retroalimentación del habla, provocado por la asincronía entre las áreas cerebrales del lenguaje y los órganos electores del habla.

- ☞ Las teorías integradoras: Santacreu (1987) desarrolla un modelo sobre la génesis y mantenimiento de la tartamudez, pero en el que incardina la aportación de los estudios electromiográficos en los que se ve la existencia de un patrón EMG anómalo en la tartamudez. Orton (1927) consideraba la tartamudez como un posible resultado de la competencia de los hemisferios cerebrales por controlar el habla, siendo mayor el riesgo cuando la dominancia estaba poco establecida y el hemisferio izquierdo no asumía el control.

7.- ESPECIALIZACIÓN HEMISFÉRICA PARA EL LENGUAJE.

- ☞ El “planum temporale” es mayor en el hemisferio izquierdo que en el derecho. Se trata de una zona posterior del lenguaje que incluye parte del área de Wernicke.
- ☞ La asimetría anatómica del “planum temporale” no es una condición necesaria para la asimetría funcional.
- ☞ También se han descubierto asimetrías a nivel microscópico en la zona anterior del habla, concretamente en la citoarquitectura de la “pars opercularis” del área de Broca
- ☞ Se ha mostrado respecto a la supuesta relación entre asimetrías anatómicas y las funcionales, que el tamaño del “planum temporale” izquierdo podría explicar parte de la variabilidad de la especialización del hemisferio izquierdo para la comprensión del lenguaje.
- ☞ Se han encontrado diferencias de género en a especialización hemisférica para el lenguaje, al mostrar de modo consistente que tal especialización es menos pronunciada en las mujeres que en los varones.
- ☞ Otros estudios han confirmado que los zurdos, especialmente los zurdos familiares, es más probable que tengan un patrón atípico de especialización hemisférica para el lenguaje.
- ☞ En el tema del bilingüismo se ha encontrado que en los bilingües tempranos se da una implicación hemisférica bilateral para ambas lenguas, en tanto que en los bilingües tardíos (los cuales adquieren su segunda lengua después de los 6 años de edad) las dos lenguas mostraban dominancia hemisférica izquierda.
- ☞ En relación a la tartamudez existe evidencia de que los tartamudos como grupo son más propensos que los normales a procesar material lingüístico con el hemisferio derecho.

8.- PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE Y CUADROS CLÍNICOS.

8.1.- RETRASO MENTAL, DIFERENCIAS SENSORIALES, LESIONES NEUROLÓGICAS Y DEPRIVACIÓN AMBIENTAL.

☞ Carrol (1986) enfatiza que existen dos poderosas razones para estudiar las alteraciones del lenguaje:

- Comprender la naturaleza de las dificultades lingüísticas comparándolas y contrastándolas con las adquisiciones de los niños normales, ya que así se pueden apreciar mejor las técnicas de intervención que pueden ser beneficiosas y eficaces.
- Profundizar en el estudio teórico del lenguaje: estructura, función, evolución y sus relaciones con otras áreas del desarrollo humano.

☞ Los estudios de la neuropsicología del desarrollo y de la psicolingüística evolutiva subrayan que es interesante mantener la distinción entre alteración en el desarrollo normal del lenguaje y retraso en el desarrollo normal del lenguaje. En el primer caso no se sigue la secuencia normal de desarrollo, mientras que en el segundo caso sí; lo único que sucede es que esta secuencia se realiza cronológica y funcionalmente de forma más tardía, e incluso es posible que no siempre se llegue al nivel de desarrollo del adulto.

8.1.1 – Retraso mental.

☞ Carroll (1986) subraya que los trastornos del lenguaje de los niños con deficiencia mental constituyen más un retraso que una alteración del desarrollo del lenguaje.

☞ En estos niños, el desarrollo del lenguaje es lento, y en ocasiones puede que nunca llegue a niveles de realización del adulto, pero se observan secuencias y procesos similares.

☞ En general, el nivel de desarrollo del lenguaje, está relacionado con el grado de deficiencia mental.

☞ Por otro lado, aparte de las dificultades de articulación en los niños con síndrome de Down (debido a su macroglosia), el desarrollo del lenguaje de estos niños se encuentra globalmente afectado, aunque el desarrollo pragmático puede alcanzar mayores cotas que el desarrollo sintáctico y semántico.

8.1.2 – Parálisis cerebral.

- ☞ La parálisis cerebral está asociada en particular con el retraso del lenguaje y las alteraciones del habla.
- ☞ Cerca de la mitad de estos niños sufre alteraciones del habla que limitan gravemente su capacidad de comunicación.
- ☞ En otros casos, la parálisis cerebral se acompaña de retraso mental, y por ello el desarrollo del lenguaje resulta afectado.
- ☞ La recuperación de una alteración neurológica depende, en gran medida, del momento en que se produjo la lesión, de su localización y de su extensión.
- ☞ En los niños pequeños, mientras la lesión esté limitada a un hemisferio, la “plasticidad” del cerebro hace posible que el hemisferio indemne asuma sus funciones, incluso si el dañado era el hemisferio dominante.

8.1.3 – Ceguera y sordera.

- ☞ La ceguera limita seriamente la capacidad del niño para asociar las palabras que oye con el nombre de los objetos; por ello, en los niños ciegos el comienzo del lenguaje suele retrasarse y su desarrollo suele ser más lento.

También la investigación ha mostrado que la ecolalia suele ser más frecuente y persistente en estos sujetos que en los niños que tienen una visión normal; asimismo suelen atravesar un período de interrogación más largo.

- ☞ Igualmente la sordera total o parcial cuando ocurre desde el nacimiento suele ocasionar serios retrasos en el desarrollo del lenguaje, ya que la incapacidad (o dificultad) para oír las palabras causa problemas para aprender a hablar de forma inteligible.

8.1.4 – Aislamiento social.

- ☞ Es obvio que el contexto ambiental influye en el desarrollo del lenguaje, tal como se muestra en niños criados en un aislamiento extremo; pero sigue sin estar claro cómo interactúan con los factores biológicos y psicológicos.
- ☞ En los niños que tienen la desgracia de crecer en condiciones extremas de aislamiento social y emocional, la deprivación subsiguiente prevé un grave retraso en el desarrollo de su lenguaje, tanto más grave cuanto más temprana es la carencia.

- ☞ Los casos de intensa deprivación social son raros, pero casi todos los sujetos estudiados han mostrado no sólo un grave retraso lingüístico, sino una carencia total del habla.
- ☞ La extensión del deterioro lingüístico y el pronóstico de estos niños varían según la intensidad de la deprivación, la presencia de una alteración previa y la edad en la que empieza la intervención.
- ☞ La diferencia en el nivel final del lenguaje alcanzado por el niño según la edad en que ha sido encontrado como su instrucción posterior plantea la cuestión de la existencia de períodos críticos o períodos sensibles. Estos no deben ser considerados como fijos ni limitados, sino más bien flexibles y extensos. No obstante, es necesario contar con estudios más amplios de niños privados de un desarrollo normal del lenguaje antes de poder establecer si es imposible un desarrollo completo del lenguaje después de una cierta edad.

8.2 – AUTISMO INFANTIL.

- ☞ Las dificultades en relación con el lenguaje y la comunicación constituyen algunos de los aspectos más importantes del autismo infantil.
- ☞ Hoy en día, las concepciones psicológicas recientes sobre el autismo infantil lo consideran más como un trastorno de la competencia comunicativa, cognitiva y lingüística, que como un trastorno emocional.
- ☞ Conviene considerar las alteraciones del lenguaje autista dentro del nivel general de desarrollo, especialmente el desarrollo cognitivo y la habilidad para la transferencia y la asociación intermodal para la transferencia y la asociación intermodal (habilidad para transferir la información de unas modalidades a otras y para asociar la información que procede de distintas modalidades sensoriales).

LENGUAJE AUTISTA
<ul style="list-style-type: none"> ☞ Mutismo, ☞ Emisión de oraciones completas en situaciones de emergencia, ☞ Empleo de la negación simple como “protección mágica”, ☞ Literalidad inaccesibilidad, ecolalia inmediata, ☞ Ecolalia demorada, ☞ Inversión pronominal, ☞ Evitación pronominal, ☞ Lenguaje metafórico, ☞ Dificultades de comprensión, ☞ Escasez de vocabulario,

- ⊗ Empleo de neologismos,
- ⊗ Dificultades articulatorias,
- ⊗ Escasez de preguntas e informaciones con valor informativo,
- ⊗ Falta de intención comunicativa,
- ⊗ Dificultades para comprender y utilizar gestos,
- ⊗ Frecuencia de imperativos,
- ⊗ Alteraciones de tono, ritmo e inflexión,
- ⊗ Limitaciones del “output verbal”,
- ⊗ Falta de correspondencia entre la prosodia y el sentido,
- ⊗ Interés por el sonido sin captar el sentido,
- ⊗ Falta de coordinación entre los gestos y las emisiones verbales.

☞ Así pues, aunque en la disfasia receptiva se da también una grave alteración del lenguaje comprensivo, ésta no se acompaña de las anomalías de respuestas sociales y comportamentales, del grado de retraimiento, de la cantidad de actividades ritualistas.

☞ Además en el lenguaje de los niños autistas aparecen anomalías que indican la existencia de pautas en el lenguaje no sólo retrasadas sino claramente alteradas. Por tanto, el patrón de desarrollo del lenguaje de los niños autistas es diferente al de los niños normales y al de los niños con otras alteraciones del lenguaje, aunque en este tema no todos los autores coinciden.

☞ A nivel de lenguaje, los déficit de tipo pragmático que presentan serían los siguientes:

- Habla como monólogo, no representa el punto de vista de la otra persona, no utilizan marcadores conversacionales, no mantienen la mirada.
- Habla más egocéntrica que socializada. Fallan frecuentemente en salirse del papel de oyente para ponerse en el de hablante y, viceversa.
- Violan los postulados conversacionales de aceptabilidad y cortesía. Interrumpen al hablante de manera inapropiada.
- Pocos gestos y expresiones faciales comunicativas.

☞ En resumen, podría decirse que los niños autistas utilizan más el lenguaje de forma instrumental que comunicacional. Pero esto no es algo aislado, ni se da de la misma forma en todos los niños autistas, sino que viene condicionado por el nivel de desarrollo que alcanza cada niño.

8.3 – ESQUIZOFRENIA.

- ☞ Al esquizofrénico popularmente se le considera como una persona que “no sabe lo que dice”, o bien como “alguien que dice cosas absurdas, inusitadas y fantásticas”; además, cuando habla lo hace de forma “rara, extraña e incomprensible”, siendo esta manera de hablar y decir un buen exponente de su locura.
- ☞ Estas descripciones enfatizan una gran variabilidad interindividual e intraindividual, y a pesar de eso, uno de los tópicos de la esquizofrenia ha sido presuponer la existencia de un lenguaje “típico y particular”, llegando a proponerse el término esquizoafasia para designar “el patrón de habla desviada” que, aunque poco frecuente, se presenta sólo en algunos pacientes esquizofrénicos (del tipo desorganizado).
- ☞ Existen diversas listas de características del lenguaje esquizofrénico que con finalidades diagnósticas y de investigación han surgido, u de las cuales la de Chaika es un buen ejemplo:

LENGUAJE ESQUIZOFRÉNICO	
⊗	Neologismos de difícil interpretación,
⊗	Farfuleo,
⊗	Preferencia por la utilización del significado dominante de las palabras
⊗	Empleo de cadenas asociativas no subordinadas a un tópico (glosomanía),
⊗	Rimas y aliteraciones no relacionadas con el tópico del discurso,
⊗	Emisión de palabras y/o frases que se asocian con otras anteriormente dichas, pero que no son relevantes para el discurso
⊗	Repetición perseverativas inadecuada de palabras y/o morfemas.
⊗	“ensalada de palabras” y alteraciones de la sintaxis, que afectan a la organización de las oraciones y/o los discursos.
⊗	Incapacidad aparente para darse cuenta de los errores lingüísticos cometidos.

- ☞ En los criterios del DSM-IV-TR para la esquizofrenia encontramos como síntomas característicos del criterio A, habla desorganizada (descarrilamiento frecuente o incoherente) y la alogia (pobreza del lenguaje y pobreza del contenido del lenguaje).
- ☞ En la STLC (Escala para la valoración del pensamiento, el lenguaje y la comunicación) existen 20 ítems de entre los cuales se hallaron que las características principales del habla en la esquizofrenia eran:

- Pobreza del discurso: poca riqueza de palabras y respuestas simples.
- Pobreza del contenido del lenguaje: Poca información.

☞ Desde el punto de vista de la comunicación no verbal (CNV) también se ha puesto de relieve que en los esquizofrénicos también hay alteraciones de la mímica y de los gestos:

- Esquizofrénicos con síntomas positivos: gestos faciales inadecuados, tics de la cara, muecas y manierismos que ponen de manifiesto una cierta afectación del habla.
- Esquizofrénicos con síntomas negativos: predominio de la inhibición y la apatía, la mímica es poco expresiva y la gestualidad casi inexistente.

☞ Hipótesis psicolingüísticas (según Rochester):

- El hablante/oyente esquizofrénico es, durante la mayor parte del tiempo, un usuario adecuado del lenguaje:
- Cuando el hablante esquizofrénico falla en la comunicación verbal es porque comete un error al ignorar las necesidades inmediatas del oyente.
- El hablante esquizofrénico que muestra signos clínicos de desórdenes de pensamiento se ajusta a las necesidades inmediatas del oyente peor que los hablantes esquizofrénicos sin claros desórdenes de pensamiento.

8.4– DEPRESIÓN Y MANÍA.

☞ En cuanto a los estados depresivos, las investigaciones parecen apoyar la idea de que, salvo en casos excepcionales y atípicos, no existen trastornos en la comprensión ni en la producción verbal.

La temática del delirio depresivo ya se sabe que está influida por la culpa, la desesperanza y el pesimismo. Sin embargo, con respecto a estos pacientes existen algunos estudios que analizan las características físicas de su habla, particularmente las cualidades de su voz.

Las descripciones clínicas coinciden en afirmar que los pacientes depresivos con frecuencia hablan poco, y si lo hacen es lentamente y en voz baja, y sus pausas suelen ser largas, relacionando esta lentitud en el habla con las dificultades en la asociación de ideas.

☞ En relación a la manía, los análisis psicolingüísticos convienen en caracterizar el lenguaje maníaco en función de los juegos de palabras que a menudo realizan estos pacientes, y sobre todo por el habla alterada (logorrea) que da lugar a un discurso abigarrado, donde frecuentemente se pierde el hilo conductor y el paciente pasa impulsivamente de un tema a otro (pensamiento saltigrado) dando lugar a la clásica fuga de ideas. Las anormalidades lingüísticas son reversibles en la manía.

Los estudios de Andreasen (1976) que comparan el lenguaje de los pacientes depresivos y de los maníacos, sugieren que el discurso del depresivo tiene tendencia a ser más vago, abstracto, y personalizado, mientras que el discurso del maníaco es más coloreado y concreto. El depresivo emplea más referencias a sí mismo y a otras personas; el maníaco se interesa más por las cosas que por las personas y discute sobre estos en términos de acción.

A nivel lingüístico, el maníaco utiliza más verbos de acción, más adjetivos y nombres concretos; el depresivo, más verbos de estado, adverbios modificadores y pronombres personales, en particular pronombres en primera persona. A nivel clínico destaca la profundidad del contenido del discurso depresivo frente a la superficialidad del discurso maníaco.

8.5– DEMENCIAS Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER.

☞ Los estudios clínicos coinciden en describir que las demencias dan lugar a déficit cognitivos, motores y sociales muy diversos.

☞ Con particularidad se subraya la posible aparición del síndrome “afásico-apracto-agnósico”. Prototípico de la Enfermedad de Alzheimer (EA). En este cuadro clínico los trastornos del lenguaje que se presentan han sido englobados bajo la denominación de afasia o bien como cuadros “afasoides”.

☞ La mayoría de los pacientes con demencia tipo Alzheimer muestran una mezcla de déficit de comprensión y producción del lenguaje, y aunque no existan estudios longitudinales, se han distinguido tres períodos en el curso de la evolución del trastorno:

- Estado inicial: alteración de la denominación.
- Estado intermedio: la comprensión y el discurso.
- Último estadio: daños severos en las habilidades pragmáticas, a causa de las cuales las posibilidades de comunicación son muy restringidas, dando lugar a cuadros que se asemejan a la afasia global. Asimismo la lectura, la escritura y el cálculo pueden estar alterados en diverso grado.

☞ Los trastornos del lenguaje en la EA pueden servir tanto para diagnosticar la enfermedad como para diferenciar subgrupos dentro de la misma.