

Tema 10

Psicopatología del lenguaje

1.-Introducción y clasificación

En psicopatología del lenguaje, para clasificar satisfactoriamente todos los trastornos del lenguaje tenemos que saber combinar correctamente varios ejes: habla-lenguaje (se refiere a si el problema está en la capacidad de articular o en problemas cognitivos del lenguaje), producción-comprensión (se refiere si al problema reside en comprender lo que otros dicen o por el contrario el sujeto tiene problemas en emitir mensajes), orgánico-funcional (se refiere a si el trastorno es por un fallo neural o no), innato-adquirido, central-periférico. Además, para que la clasificación sea correcta hay que tener en cuenta los componentes lingüísticos que son: el fonológico, el semántico, el sintáctico y el comunicativo (este último se refiere a la capacidad para comunicar algo -por ejemplo una persona que quiere explicar algo y solo consigue dar rodeos puede emitir frases sintácticamente correctas pero lo que falla es el nivel comunicativo).

2.-Las afasias en adultos

2.1.-Definición y clasificación

Las afasias se definen como un trastorno del lenguaje que está causado por un daño cerebral. Además las lesiones que suelen causar afasia suelen ser de carácter focal, por lo que suelen afectar únicamente a una región del cerebro. Las afasias se dividen en afasias corticales (si la lesión es de la corteza) y subcorticales (si la lesión es de los núcleos subcorticales). Entre las corticales se hallan la afasia de Broca, la afasia de Wernicke, la afasia de conducción, la afasia anómica... y entre las subcorticales se hallan la afasia putaminal (anterior, posterior y global) y la afasia talámica. La subdivisión en cortical y subcortical nos permite clasificar el 80% de las afasias, y el 20% restante no están clasificadas por que están causadas por la lesión simultánea de varias áreas que causan afasia, acumulándose los efectos.

Los principales términos que han llevado a la clasificación de las afasias son los siguientes:

- **Articulación:** los pacientes con afasias en muchas ocasiones tienen problemas para articular correctamente las palabras. Por articulación se entiende la capacidad para emitir los sonidos de cada vocal y consonante. Hay enfermos que son incapaces de pronunciar ningún sonido del habla y hay otros menos severos en los que se dificulta la vocalización de grupos de consonantes más complejos. Para saber la etiología de el problema articulatorio se puede observar si el paciente es capaz de realizar gestos faciales involuntarios, y si es así se sabe que el problema es por la afasia y no por problemas musculares (disártrico).
- **Fluidez:** una fluidez normal es la pronunciación de un número determinado de palabras por unidad de tiempo. Muchos enfermos de afasia presentan baja fluidez y por tanto expresan menos palabras por unidad de tiempo de las que deberían. Puede darse el caso de que la falta de fluidez se deba a la dificultad de encontrar palabras.
- **Encontrar palabras:** prácticamente todos los enfermos de afasia tienen problemas para encontrar palabras dentro de su repertorio. En muchas ocasiones tienen que buscar palabras que tengan los mismos significados para poder expresarse, lo que se conoce como circunloquios. Si además de la dificultad para encontrar palabras no existieran otros síntomas afásicos la patología se denominaría anomia.
- **Agramatismo:** consiste en una falta de capacidad para generar estructuras sintácticas con sentido. Así, el sujeto no es capaz de hacer secuencias de más de cuatro palabras en discurso. En este caso el problema no está en el significado de las palabras como ocurre en la dificultad para encontrar palabras, sino que se trata de un problema en las palabras gramaticales como los nexos, preposiciones... Si han memorizado y automatizado una frase larga pueden repetirla posteriormente, lo que indica que el problema se da cuando el habla es espontánea.

- Parafasia: la parafasia consiste en la sustitución de una sílaba o palabra por otra. En el primer caso hablamos de parafasia fonémica, que puede dar paso a la neologística (cuando el sujeto cambia las sílabas crea palabras totalmente nuevas que no existen en la lengua que habla). Si en el caso de que la sustitución sea de palabras enteras se trata de parafasia verbal (no debe confundirse con la sustitución de palabras que tiene lugar en los circunloquios).
- Comprensión auditiva del habla: algunos enfermos de afasia no pueden comprender el discurso hablado de otras personas. El paciente puede presentar sordera para las palabras, síntoma en el que el paciente ignora el significado de las palabras.
- Repetición: hay enfermos que no pueden repetir las expresiones y frases que escuchan de otros, aunque la mayoría de los afásicos sí que lo puede hacer.

2.2.-Revisión y clasificación de Luria

Luria clasificó las afasias en seis clases diferentes, y se diferencian entre ellas tanto por los síntomas observables como por los puntos lesionados del cerebro. Veamoslas:

- Afasia motora eferente: es la afasia de Broca en el modelo clásico. Esta afasia se caracteriza sobre todo por dificultades articulatorias de las palabras. El área encargada de la motricidad de los músculos encargados de las palabras es el área de Broca, y esta recibe las órdenes del área motora primaria que es quien organiza la secuencia de movimientos que se van a realizar durante el habla. En la afasia motora eferente está lesionada este área de influencia por lo que las órdenes sobre la secuencia de movimientos no llega, produciéndose los efectos de la afasia.
- Afasia motora aferente: esta afasia se caracteriza por que el área del lenguaje es incapaz de recibir la información propioceptiva de la situación de los músculos faciales. Como resultado el enfermo no sabe en que posición deben estar los labios y los músculos para pronunciar un fonema determinado.
- Afasia acústico-agnóstica o de Wernicke: esta afasia causa dificultades seria para la comprensión de un mensaje presentado por vía auditiva, e impide que el sujeto pueda repetir una frase escuchada anteriormente. Esto se produce por que ha tenido lugar una lesión en el área cortical auditiva.
- Afasia acústica-mnésica: en el recuerdo de las palabras intervienen dos mecanismos: 1)La memoria gnóstica: es la memoria visual de lo que representa una palabra (si se daña este mecanismo se trata de afasia óptica); 2)Memoria acústica: es la memoria de la percepción acústica de la palabra (si se daña este mecanismo se trata de afasia acústica-mnésica). La afasia acústica-mnésica se caracteriza por que el sujeto es capaz de recordar y repetir palabras individuales, pero cuando se trata de recordar una frase no es capaz de recordar una progresión de mas de tres o cuatro palabras. Si se tratara de figuras geométricas el rendimiento en recordar las series aumentaría.
- Afasia semántica: la afasia semántica consiste en que el sujeto es incapaz de recordar los significados de palabras, sin embargo el sujeto es capaz de pronunciar frases correctamente. El problema es que es incapaz de entender el significado de las palabras y de relacionar las unas con las otras. Se produce por una lesión en el lóbulo parietoccipital.
- Afasia dinámica: se caracteriza por una lesión en un área adyacente a la de Broca y produce un fallo en el habla espontánea. En ella el paciente es incapaz de emplear el lenguaje para la comunicación de sus deseos y pensamientos.

3.-Disfasias infantiles

3.1.-Disfasia evolutiva o trastorno específico del lenguaje

La disfasia evolutiva o trastorno específico del lenguaje es una patología que presentan algunos niños en la que presentan problemas serios para utilizar el lenguaje o para la comprensión de éste. El hecho de que se denomine trastorno específico del lenguaje quiere decir que el trastorno no depende de que se deba a una patología previa como parálisis cerebral, retraso mental o autismo. Por tanto el TEL es un trastorno primario del desarrollo del lenguaje por que no se debe a ninguna patología. Por tanto un niño con TEL es un niño de inteligencia normal con discapacidad para el habla, por lo que se puede diagnosticar al observar una discrepancia entre el CI y las puntuaciones en pruebas del lenguaje hechas en una edad determinada.

Existen varios tipos de trastorno específico del lenguaje. La disfasia evolutiva expresiva es la patología que presentan los niños que tienen serias dificultades en la expresión y emisión del lenguaje. En esta categoría hay niños que se consiguen hacer entender y otros que no se hacen entender en absoluto. Se ha observado que los niños con disfasia expresiva tienen menos problemas emocionales y tienen interés por comunicarse con los demás. Por el contrario, los niños con disfasia evolutiva receptiva presentan dificultades para comprender la información que les envían los demás. Estos últimos presentan más problemas emocionales que los disfásicos expresivos y tienen poco interés en establecer comunicación con los demás.

El DSM-IV clasifica estos trastornos en trastorno del lenguaje expresivo y trastorno del lenguaje mixto. En el trastorno del lenguaje expresivo el sujeto presenta habla reducida cuantitativamente, omisión de palabras, palabras ordenadas de forma incorrecta, fallos gramaticales y desarrollo del lenguaje lento, entre otros síntomas. En cuanto al trastorno mixto del lenguaje expresivo-receptivo se caracteriza por un retraso en el desarrollo del lenguaje tanto expresivo como receptivo.

En cuanto a los déficits psicolingüísticos se ha observado que: 1) El nivel fonológico no presenta desviación, sino que se desarrolla de forma retrasada (es decir, que el desarrollo del nivel fonológico es el mismo que el de niños normales pero se produce con retraso con respecto a ellos); 2) El nivel sintáctico: los niños normales son capaces de repetir estructuras sintácticas que todavía no son capaces de usar en el habla espontánea (es decir, un niño normal puede repetir el coche cuyo dueño... si que lo haya usado nunca en el habla espontánea), y se observa que en niños disfásicos el patrón es inverso, pues no pueden imitar estructuras que en otras ocasiones han usado; 3) Nivel semántico: en el nivel semántico no se observan demasiadas deficiencias.

3.2.-Disfasia infantil adquirida

La disfasia infantil adquirida se puede producir o bien por una lesión cerebral temprana o bien por sufrir un trastorno convulsivo (epilepsia). Se considera que como límite inferior para padecer disfasia adquirida están los 3 años, ya que si se produce la disfasia con menos edad se considera evolutiva, y como límite superior están aproximadamente los 10 años (aunque este límite es más variable), por que si la lesión se produce con más de 10 años de edad se hablará de un trastorno del lenguaje adulto (será por tanto una afasia -esto es lo que he entendido yo-).

El hecho de que la lesión se produzca entre los 3 años y los 10 favorece que los sujetos tengan la posibilidad de recuperarse por dos motivos: 1) Por la plasticidad neuronal: es más fácil que los circuitos del lenguaje se reparen cuando el cerebro está en plena fase de establecimiento de conexiones y mielinización; 2) Por que una vez dañado el hemisferio dominante, es probable que el hemisferio no dominante asuma las funciones del lenguaje.

Uno de los efectos mejor documentados que se producen cuando tiene lugar la disfasia infantil adquirida es una reducción importante de la actividad lingüística denominada hipoproductividad. Los niños se comunican muy poco, de hecho es difícil conseguir arrancarles las palabras. Además, conviene saber que las lesiones a partir de los 7 años producen deficiencias en el desarrollo del lenguaje escrito.

4.-Dislalias infantiles y retraso simple del lenguaje

El DSM-IV-TR incluye los trastornos en la producción fonológica del lenguaje y los define atendiendo a estas características: 1) Dificultad o imposibilidad para usar correctamente los fonemas propios del lenguaje teniendo en cuenta la edad del niño; 2) Estas dificultades fonológicas dificultan el desarrollo académico y social del niño; 3) Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o privación ambiental, la dislalia es mucho más acusada.

Los posibles errores del lenguaje son los siguientes:

- **Sustitución:** la sustitución consiste en que un fonema es sustituido por otro. Por ejemplo, se puede sustituir la "r" por la "d" (en lugar de "quiero", "quiedo"). También puede ocurrir que se cambie el orden en la pronunciación de los diferentes fonemas de una palabra (por ejemplo, en lugar de decir leopardo, decir leopadro o abujero en lugar de agujero). Son las más comunes.

- Omisión: la omisión consiste en que se elimina algún fonema de la palabra. Esta eliminación del fonema puede ocurrir en cualquier punto de la palabra, al igual que en la sustitución. Por ejemplo, en lugar de decir zapatilla, decir patilla.
- Inserción: consiste en añadir un fonema a una palabra que no lo tiene. Suele ocurrir cuando el niño tiene dificultades para pronunciar la palabra tal cual es, por lo que añade un fonema que le facilita la vocalización: por ejemplo los niños que tienen dificultades para pronunciar la /rr/ inicial pueden decir arrascar en lugar de rascar.
- Distorsión: consiste en que el sujeto pronuncia un fonema de forma distorsionada, de forma diferente a como es el fonema pero si que esa distorsión sea equivalente a otro fonema (por ejemplo, pronunciar de forma rara la r sin que se convierta en una "d" y por tanto pronunciar raro la palabra "quiero" pero sin decir "quiedo").

Las dislalias se clasifican en:

- Dislalia funcional: esta causada por la falta de habilidad del niño para emitir los sonidos debido a que no es capaz de coordinar los músculos implicados en la articulación de los fonemas y la respiración. Se suelen tratar a partir de los 4 años y normalmente acaban corrigiéndose con la práctica.
- Dislalias orgánicas: estas dislalias se producen por alteraciones orgánicas en las partes implicadas en la articulación de los fonemas como pueden ser el labio leporino, la macroglosia, fisura palatina... Son menos frecuentes que las dislalias funcionales.

4.1.-Retraso simple del lenguaje y del habla

El retraso simple del lenguaje es una patología en la cual el niño presenta un desfase cronológico con respecto al desarrollo normal del lenguaje. Estos niños no presentan problemas intelectuales, ni emocionales ni retrasos mentales, sin embargo presentan dificultad en la comprensión y expresión, siendo en la expresión donde mas dificultades encuentran. Acostumbra a afectar a mas de un nivel del lenguaje, siendo la fonología y la sintaxis los mas afectados.

El retraso simple del habla es un trastorno que consiste en que sencillamente el niño en desarrollo tarda demasiado tiempo en empezar a hablar. Se considera como patológico cuando el niño tiene 3 años y aun no ha empezado a hablar. Cabe destacar que el niño tiene una inteligencia acorde a su edad real y que puede comunicarse sin problemas con gestos y que es capaz de comprender el lenguaje.

Hay que evitar confundir los retrasos simples del habla y del lenguaje con el trastorno específico del lenguaje. Normalmente se suele distinguir el trastorno específico del lenguaje con el retraso simple del habla por la diferente gravedad de ambos: mientras que el trastorno específico del lenguaje es muy grave por que constituye un retraso en todo el lenguaje, el retraso del habla es un retraso solamente del habla y no del resto de aspectos del lenguaje. Sin embargo puede darse a mayor confusión el retraso simple del lenguaje con el TEL, aunque los niños con TEL suelen tener mayores dificultades comunicativas.

5.-Tartamudez o disfemia

La tartamudez o disfemia es un trastorno del habla que influye en la fluidez de la misma. No es una alteración en la competencia lingüística del sujeto, sino una alteración en la expresión hablada de la misma. Se la conoce también como disfemia para eliminar las connotaciones peyorativas del término tartamudez. La frecuencia en la población es baja y es mayor en niños que en adultos. Según el DSM-IV, la tartamudez se caracteriza por: 1)Alteraciones del habla como: repetición de sílabas, prolongación de sílabas, circunloquios (para evitar decir una palabra que causa problemas), pausas en la pronunciación (tanto de una palabra como de una frase); 2)Las alteraciones del habla provocan problemas en el desarrollo académico y social del individuo; 3)La existencia de un trastorno sensorial o motor en las partes relacionadas con la expresión hablada aumentan los problemas.

Según Johnson, la tartamudez presenta tres componentes: el lingüístico, el social y el comunicativo. El componente lingüístico comprende los problemas asociados al habla que caracterizan la tartamudez.

El componente social comprende las respuestas que las demás personas tienen al interactuar con un tartamudo. El componente cognitivo engloba las actitudes del tartamudo hacia la tartamudez (actitudes negativas) y hacia su problema.

Stournaras propuso una definición ampliada de la tartamudez con cuatro componentes o dimensiones: 1)Dimensión lingüística: constituye los problemas de expresión hablada asociados a la tartamudez; 2)Dimensión emocional: comprende las emociones negativas como la ansiedad la vergüenza que experimenta el sujeto tartamudo cuando se expresa; 3)Dimensión comunicativa: comprende las relaciones entre el tartamudo y el interlocutor, que suelen ser alteradas; 4)Componente cognitivo: comprende la baja autoestima que puede sufrir el tartamudo por ser incapaz de comunicarse correctamente con los demás e incluye las actitudes hacia la tartamudez.

Fiedler y Standop exponen que en la aparición de la tartamudez se dan dos fenómenos conocidos como efecto de consistencia y efecto de adaptación. El efecto de consistencia consiste en que cuando el sujeto lee un pasaje repetidas veces se dan los mismos problemas de tartamudez en todas las lecturas (en el efecto de consistencia el tiempo que pasa entre las lecturas del pasaje es relativamente amplio). El efecto de adaptación consiste en que cuando el sujeto lee un pasaje repetidas veces y pasa muy poco tiempo entre las lecturas presenta resistencia a la tartamudez (la frecuencia de la tartamudez regresa a su estado inicial después de la adaptación, lo que se conoce como recuperación espontánea)

5.1.-Clasificación

Existe una clasificación de la disfemia que agrupa a los tipos de disfemia atendiendo a los tipos de espasmos o bloqueos que presenta el sujeto: 1)Disfemia: tónica: el sujeto se bloquea en el inicio del discurso, y una vez consigue superar el bloqueo puede hablar sin interrupciones; 2)Disfemia clónica: el sujeto se paraliza o repite sílabas en cualquier parte de una frase o palabra; 3)Disfemia mixta: en esta disfemia se presentan tanto los rasgos de la disfemia tónica como los de la disfemia clónica.

También se ha desarrollado una clasificación evolutiva de la disfemia que atiende a las diferentes fases del desarrollo de la tartamudez. Así, existen cuatro fases: 1)Fase I: en esta fase se da una buena capacidad lingüística para la edad pero esta capacidad lingüística es superior a la capacidad de expresión, y el sujeto no es consciente de tener un problema; 2)Fase II: esta fase se caracteriza por que repeticiones espasmódicas más lentas; 3)Fase III: el sujeto padece espasmos tónicos y sufre interrupciones evidentes, y justo después el habla empieza de forma brusca. En esta fase el sujeto empieza a presentar los primeros síntomas de estrés y ansiedad; 4)Fase IV: aparecen contracciones musculares en zonas no articulatorias de la cara y el sujeto evita las situaciones en las que pueda tener que hablar.

Según la clasificación anterior la fase I se corresponde con la disfemia primaria, en la que el sujeto aun no padece estrés. Las fases II y III se corresponderían con la disfemia transicional, en la que el sujeto es consciente de su problema. La fase IV se corresponde con la disfemia secundaria y el sujeto presenta fuerte ansiedad y preocupación. La disfemia puede aparecer a los 3 años y desaparecer en pocos meses (disfemia evolutiva), puede aparecer entre los 3 y 5 años y desaparecer en pocos años (disfemia benigna) o puede aparecer entre los 3 y 8 años y cronificarse (disfemia persistente).

5.2.-Intentos explicativos

Hay muchos intentos explicativos de la tartamudez pero destacan el conductual y las teorías perceptivas del habla. El modelo conductual de Johnson propone que el niño presenta de entrada algunos problemas en el habla, y si coincide con que tiene unos padres que le imitan burlescamente se genera en él ansiedad que le provoca tartamudez. Con el paso del tiempo, esa ansiedad acaba provocando que el niño no quiera hablar por que se han condicionado las emociones negativas a la actividad de hablar.

Las teorías sensoriales del habla postulan que el problema que tienen los tartamudos es un déficit sensorial auditivo que impide que les llegue un feedback de lo que están diciendo. Se han realizado experimentos en los que a un sujeto normal se le priva de un feedback correcto de lo que están

hablando, observándose que los efectos que se producen al hablar son parecidos a los de los tartamudos. En la actualidad se están proponiendo enfoques integradores que comprendan un amplio número de teorías, debido a que la enorme cantidad de teorías diferentes genera confusión en la comprensión de este fenómeno.

6.-Especialización hemisférica en el lenguaje

Se ha observado que existe una asimetría hemisférica en el planus temporale, que es un área de la neocorteza que incluye al área de Wernicke y que se halla en la corteza temporal. Sin embargo, no se ha hallado ninguna asimetría funcional, sino solo una asimetría de tamaño. En cuanto al pars opercularis se ha hallado una asimetría microscópica que consiste en que en el área dominante (que es la izquierda, al menos en diestros) el árbol dendrítico de las neuronas está mucho más desarrollado. A todo esto sería de agradecer que los nombres que les dan a estas áreas fueran más sencillos, que hay que ser cabrón para complicarnos así la vida.

También es menester decir que se ha hallado una diferencia de género en la circunvolución de Heschl, que se corresponde con las áreas 41 y 42 de Brodmann y con la corteza auditiva. En las mujeres está más desarrollada en el hemisferio izquierdo que en el derecho, y en los hombres está más desarrollada en el hemisferio derecho que en el izquierdo, aunque poco más se sabe de la función de esta diferencia.

En cuanto a la especialización hemisférica en el bilingüismo se ha observado que en los niños bilingües que aprenden ambas lenguas antes de los tres años presentan una especialización bilateral hemisférica (que ambos hemisferios se desarrollan, supongo que un hemisferio para una lengua y otro para la otra, aunque esto es suposición mía). Se ha observado que cuando alguien aprende una lengua tardíamente se produce dominancia del hemisferio izquierdo.

Además, en cuanto al tartamudismo se ha observado en diversos estudios que es probable que se deba a que la dominancia del lenguaje no se da en el hemisferio izquierdo, sino en el hemisferio derecho, lo que se conoce como dominancia invertida.

7.-Psicopatología del lenguaje y cuadros clínicos

7.1.-Retraso mental y otros cuadros

En primer lugar, hay que tener en cuenta que muchas veces los trastornos del lenguaje forman parte de una patología clínica más amplia, siendo el trastorno del lenguaje una parte de él mismo. Estas patologías del lenguaje se presentan en alteraciones o retrasos, términos que son diferentes y cuya diferencia debemos comprender. Una alteración es un desarrollo anormal que sigue pasos diferentes al desarrollo de sujetos normales. Un retraso es un desarrollo normal que se produce de forma retardada con respecto a individuos normales. En el caso del retraso, el sujeto puede llegar finalmente a un nivel de lenguaje normal o por el contrario nunca llegar a alcanzarlo. Veamos las alteraciones en los siguientes cuadros clínicos:

- Retraso mental: el retraso mental suele acompañarse evidentemente de retraso en la adquisición del lenguaje, que en muchos casos nunca llega al nivel normal. En el caso de las personas con síndrome de Down se presentan alteraciones en la vocalización debido a la macroglosia (lengua muy grande).
- Parálisis cerebral: la parálisis cerebral es una lesión del cerebro que provoca serios problemas en la psicomotricidad y que va acompañada de problemas cognitivos y del lenguaje. En un 50% de los casos estos enfermos tienen problemas muy graves en la comunicación. En otros casos estos sujetos presentan retraso mental lo que causa que tengan un retraso en la adquisición del lenguaje. La parálisis cerebral puede ser reversible dependiendo de la edad en la que se produce la lesión y de si solo se ha dañado un hemisferio o por el contrario los dos. Si solo se daña un hemisferio y se daña a edades tempranas es probable que las funciones del lenguaje sean asumidas por el otro hemisferio aunque el dañado sea el dominante. Sin embargo, cuando la lesión se produce en los dos hemisferios o se produce la lesión en la adolescencia difícilmente los efectos son reversibles.
- Ceguera y sordera: en niños con ceguera de nacimiento se dan problemas serios para asociar

las palabras a los objetos a los que corresponden. Sin embargo, esto solamente produce un retraso y no impide que el niño ciego acabe aprendiendo el lenguaje correctamente.

En cuanto a la sordera de nacimiento, se dan problemas muy serios por que el niño, al ser incapaz de escuchar las palabras pronunciadas correctamente, no consigue pronunciarlas.

- Aislamiento social: es evidente que el aislamiento social influye mucho sobre la adquisición del lenguaje. La pregunta que se ha planteado en este ámbito ha sido si un niño con privación social desde la infancia temprana podría ser capaz de adquirir el lenguaje. El estudio mas famoso es el del niño salvaje de Aveyron. Este niño había sido criado en aislamiento social, y cuando se le intentó enseñar el lenguaje el intento fue un estrepitoso fracaso. Sin embargo se cree que este niño era retrasado mental y que por eso había sido abandonado.

Un estudio posterior fue realizado con una niña llamada Genie, de 14 años. Esta niña rara vez había escuchado el lenguaje hablado por que sus padres solo la gruñían. Cuando fue rescatada se le intento enseñar el lenguaje y los resultados fueron mas favorables que con el niño salvaje de Aveyron. En este caso Genie mostro un progreso rápido en el inicio, aprendió mucho vocabulario, pero sus frases eran poco complejas y jamás alcanzó el nivel lingüístico que suelen alcanzar las personas. Esto nos indica de alguna manera que para poder desarrollar bien el lenguaje es muy preferible que se adquiera durante la fase de desarrollo.

7.2.-Autismo

El autismo es un trastorno generalizado del desarrollo que se caracteriza por deficiencias en el lenguaje, capacidades cognitivas menguadas, movimientos repetitivos... sin embargo cabe destacar que las diferentes deficiencias varían de un caso a otro, pero que en el caso del lenguaje todos los autistas presentan deficiencias serias. Se ha especulado que probablemente las deficiencias en el lenguaje sean la manifestación externa de deficiencias internas no observables. Además, se ha observado que el nivel de desarrollo del lenguaje correlaciona con el nivel de desarrollo de tipo cognitivo lo que parece coincidir con la especulación anterior.

Se ha planteado en algunas ocasiones que el autismo está causado por una disfasia (Trastorno Específico del Lenguaje), sobre todo por una disfasia receptiva (que es la disfasia en la que el sujeto tiene problemas para recibir información de otras personas a través del lenguaje). Esta propuesta la hace afirmando que dado que el disfásico receptivo suele tener poco deseo de comunicación, lo que hace que finalmente su desarrollo cognitivo sea menor que el de niños normales. Sin embargo, se ha observado que en el autismo se producen síntomas que no se dan en la disfasia, como por ejemplo un retraso mental en las $\frac{3}{4}$ partes de los casos, movimientos repetitivos y rituales, problemas de lenguaje mas serios que los disfásicos receptivos...

Con respecto al autismo se ha observado que los componentes fonológico y sintáctico se desarrollan de forma mas retrasada pero no anormal. Sin embargo se ha observado que los componentes semántico (representación mental de lo que se habla) y pragmático (comunicación con otros) son muy bajos y en el caso del nivel pragmático casi nulo. Esto causa que los autistas sean en el 50% de los casos totalmente mutistas (mutismo significa que no usan la comunicación, que no hablan) y el resto lo sean bastante. Se ha postulado que el niño autista no se comunica por que tiene un problema de metarrepresentación, es decir, que el autista es incapaz de darse cuenta de que el sujeto con el que está hablando puede tener un estado mental diferente al suyo propio.

Los niños autistas presentan los siguientes déficits en el nivel pragmático del lenguaje (en el nivel comunicativo): 1) Hablan como monólogo, no mantienen la mirada; 2) Conversación egocéntrica, intentando hablar cuando es el momento de escuchar; 3) No respetan las normas de cortesía, como no interrumpir al interlocutor; 4) Pocos gestos y expresiones comunicativas.

7.3.-Esquizofrenia

Normalmente el esquizofrenico se caracteriza por que su discurso es incoherente, difícil de entender y muchas veces hace alusión a temáticas imposibles y fantásticas. La clasificación del DSM-IV para la esquizofrenia hace alusión al habla desorganizada y a la alogia. Sin embargo, una escala que se diseño para evaluar los trastornos del lenguaje conocida como Scale for the Assessment of Thought, Language

and Comunicación (STCL), que presentaba 20 items que se describen en el libro (y que no voy a resumir por que al final de los 20 items solo 2 son relevantes para la esquizofrenia) hallaron que dos eran las características principales del habla en esquizofrénicos: 1)Pobreza del discurso: el discurso presenta muy poca riqueza en palabras y es muy simple cuando responde a las preguntas el entrevistador; 2)Pobreza del contenido del discurso: el discurso expresa muy poca información. (de esto no voy a resumir mas por que me he cansado).

7.4.-Trastorno depresivo y maníaco

En el caso de la depresión no se ha registrado trastornos del lenguaje específicos de los depresivos, sin embargo si se han observado algunos rasgos que con frecuencia suelen aparecer en la comunicación de estos. En el habla, los pacientes depresivos suelen hablar en voz baja y lentamente. El contenido de su discurso suele ser de caracter profundo y con referencias a si mismo, sobre todo malas referencias. Además en la comunicación no verbal se observa una gran inhibición de la gesticulación.

En cuanto a los pacientes maníacos se observa que su velocidad de habla es bastante rápida. Suelen hablar pasando de un tema a otro rapidamente sin llegar a hablar completamente de todos los temas, lo que se conoce como fuga de ideas. El contenido del discurso suele ser superficial y haciendo referencias a objetos y eventos del ambiente en lugar de a si mismos. Además en cuanto a la comunicación no verbal, presentan movimientos frecuentes.

Falta un pequeño puntito que no voy a resumir pero que os podeís mirar. Trata de los trastornos del lenguaje y las demencias y el Alzheimer.