

---

## T. 10 PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE

### I. INTRODUCCION

Según se ponga el énfasis en el sustrato neural o en la conducta lingüística, seguiremos un modelo médico o un modelo conductual.

### II. CONCEPTO Y CLASIFICACIÓN DE LOS T. DEL LENGUAJE.

T. del lenguaje (enfoque lingüístico): deterioro o desarrollo deficiente de la comprensión y/o utilización de un sistema de símbolos hablados, escritos u otros, incluyendo la morfología, la sintaxis, la semántica y la pragmática.

Los niveles (componentes) de organización lingüística son: fonológico, sintáctico, semántico y pragmático.

Hoy en día hablamos de neurolingüística (o de *neuropsicología cognitiva del lenguaje*):

- multidisciplinar
- tres grandes corrientes:
  - o Interesados por la relación cerebro-lenguaje: representa las preocupaciones actuales.
  - o Corriente psiconeurolingüística: interesados por el sistema de procesamiento del lenguaje normal. Esto se hace a través del estudio de síndromes de afasia adquirida.
  - o Corriente funcionalista: interesados en aspectos comunicativos e interactivos del lenguaje en los síndromes afásicos (la pragmática del lenguaje del afásico). Importancia del contexto y de la CNV.

#### Clasificación etiológica:

Alteraciones del SN originan:

- Afasia
- Anartria
- Alexia
- Agrafía
- Disfasia adquirida
- Disartria
- Audiomudez

Alteraciones funcionales originan:

- Retraso simple del habla
- Disfasia evolutiva
- Dislexia evolutiva
- Dislalia funcional
- Disfemia (tartamudez)
- Disfonía

### III. AFASIAS EN ADULTOS

#### A. DEFINICIÓN.

Broca las denominó “afemias”: alteraciones del lenguaje consistentes en pérdida del habla por lesión en lóbulo frontal izquierdo.

Trousseau las denominó “afasias”.

Son T. del lenguaje (verbal, lectura y escritura) que han sobrevenido como consecuencia de una lesión cerebral, de carácter focal (no generalizado).

¡¡ No hay acuerdo ni sobre la descripción de la naturaleza de la afasia ni sobre los T. del lenguaje que debe incluir.

#### B. CLASIFICACIÓN.

Seguimos la **clasificación de Boston** (Goodglass y Kaplan, 1986), la más representativa de la herencia clásica (Wernicke-Lichtheim). Emplean los términos que han orientado las distintas clasificaciones de los síndromes afásicos.

1. **Articulación:** son incapaces de articular sonidos, aunque sean fáciles.
  - En las formas menos severas: problemas solo con los sonidos más complicados.
  - Otros t. de la articulación no afásicos son: dislalia y disartria. (A saber: Si funcionan las expresiones verbales automatizadas, el fallo no es disártrico sino afásico)
2. **Fluidez verbal.**
  - a. **Afasia fluida:** no hay problema de fluidez. No obstante, las emisiones pueden carecer contenido significativo.
  - b. **Afasia no fluida:** fluidez verbal baja. Puede provenir de la dificultad para encontrar palabras.
3. **Encontrar palabras (o anomia)**
  - Todos los afásicos tienen alguna dificultad.
  - Son palabras de contenido.
  - Cuando es el único síntoma, la alteración se denomina “anomia”
4. **Agramatismo.**
  - Afecta a la sintaxis. Especialmente a las partículas gramaticales o funcionales.
  - Como tienen dificultades sintácticas, si el habla es espontánea usan frases muy cortas (no más de 3 palabras). Si las han memorizado y automatizado, puede unir largas secuencias.
  - Dificultades especiales con los tiempos verbales
5. **Parafasia.**
  - Producción no intencional de sílabas, palabras o frases durante el habla. (Se sustituyen)
    - a. **Parafasia literal o fonémica:** se sustituyen sílabas.
    - b. **Parafasia neológica:** las nuevas expresiones resultantes de los cambios son neologismos.

- c. Parafasia verbal: cambia una palabra por otra. Pueden ser semánticas, o aleatorias o tener un carácter perseverativo.
6. Repetición.
- Algunos no pueden repetir expresiones del habla oída. La mayoría sí.
  - Por defectos en la comprensión, en la articulación, o por una disociación en los sistemas de recepción-emisión.
7. Comprensión auditiva.
- Dificultad de comprensión de palabras aisladas.
  - Dificultad para comprender palabras -que sí comprende aisladamente- dentro de una frase.
  - “Sordera para las palabras”.

Según la localización principal de la lesión, los síndromes afásicos se dividen en:

1. Corticales:
  - a. Afasia de Broca
  - b. A. de Wernicke.
  - c. A. de conducción.
  - d. A. anómica
  - e. A. transcortical motora
  - f. A. transcortical sensorial
  - g. A. global
  
2. Subcorticales:
  - a. Afasia anterior capsular/putaminal
  - b. A. posterior capsular/putaminal
  - c. A. global capsular/putaminal
  - d. A. talámica

(Características en tabla pág 256)

Alrededor del 80% de afásicos por ictus se pueden clasificar con este sistema.

## C. REVISIÓN Y CLASIFICACIÓN DE LURIA

Luria introduce en la neuropsicología neural contemporánea la noción de sistemas funcionales:

Un factor es un eslabón o componente de un sistema funcional. Cuando resulta dañado el factor existen dos clases de síntomas:

- síntomas primarios (alteración de la función propia del sector cerebral dañado)
- y síntomas secundarios (efecto sistémico de dicha alteración).

Luria ofrece una clasificación en la que además apoyarse en este nuevo enfoque de sistemas funcionales, apela a los modernos conocimientos sobre fisiología y lingüística.

---

Según Goodglass y Kaplan, hay un desacuerdo importante entre los autores del Test de Boston y la concepción de Luria.

Veamos ya las seis formas principales de síndromes afásicos a la luz de la neuropsicología (Luria):

1. Afasia motora eferente o cinética.
  - Afasia de Broca. Daño en el área de Broca.
  - Alteran la producción del habla (articulación), pero no la comprensión.
  
2. Afasia motora aferente o cinestésica.

Una lesión focal daña el mecanismo autorregulador por el cual la zona facial postcentral envía información retroactiva al área motora facial. Se pierde el dominio de los articulemas o de la retroalimentación propioceptiva normal.

Para algunos sería semejante a la “afasia de conducción” (para Luria no).
  
3. Afasia acústico-agnósica o de Wernicke o afasia sensorial (porque se decía que “se daña el centro de las imágenes sensoriales de las palabras”).
  - Lesiones en el área de Wernicke, que es el lugar donde se localizan los recuerdos de las secuencias de sonidos que forman las palabras. Por ello es crítica para la comprensión del habla (y como efecto 2º: en escritura y lectura)
  - Característica: alteración de la audición fonémica → falta de comprensión de las palabras y otros defectos secundarios (ej. ensalada de palabras)
  - Puede darse “enajenación del sentido de las palabras”
  
4. Afasia acústica-mnésica.
  - Falla el proceso de nombrar ya que falla la memoria de la forma acústica de las palabras, debido a una lesión de las zonas temporales cercanas al área de Wernicke.
  - Otras afasias donde falla el proceso de nombrar son: la afasia anómica (se ha dañado “el centro de los conceptos” en el lóbulo parietal izquierdo) y la afasia óptica (no reconoce los objetos a nombrar por lesión cortical en las zonas visognósicas)
  - Comprenden las palabras y las pueden repetir individualmente (¡pero no puede repetir series de 3-4 palabras!).
  - Característica: incapacidad para retener y reproducir el orden serial de las palabras.
  
5. Afasia semántica (y relación con la afasia amnésica)
  - También se altera el proceso de nombrar, pero en este caso, lo que se altera es la selectividad verbal, es decir, la capacidad para elegir entre alternativas de palabras.
  - Lesión de zonas parietooccipitales
  
6. Afasia dinámica.
  - Lesiones de las partes inferiores del lóbulo frontal izquierdo inmediatamente anteriores al área de Broca.
  - Falla el habla espontánea: el paciente es incapaz de utilizar el lenguaje para la expresión de deseos y pensamientos.

**Evaluación neuropsicológica del lenguaje en el modelo de Luria:**

---

Para adultos:

Batería de Luria-DNA, con dos subtests:

1. Habla receptiva:
  - explora el reconocimiento de palabras aisladas y la repetición de secuencias de palabras.
  - Se consideran implicados los sistemas parietooccipitales del hemisferio izquierdo y el área de Wernicke (zona de comprensión del habla)
2. Habla expresiva:
  - Explora la producción del habla mediante la repetición de palabras, secuencias de palabras y frases.
  - Se consideran implicadas zonas corticales muy diversas del hemisferio izquierdo, especialmente el área de Broca (zona de articulación del lenguaje).

Para niños:

- Luria-DNI : entre 7 y 11 años
- Luria-Inicial: entre 4 y medio y 7 años.

¡Tened en cuenta que el cerebro se está formando: interpretación diferente!

#### IV. DISFASIAS INFANTILES

##### A. CONCEPTO: DISFASIA EVOLUTIVA O TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (TEL) (el más usado) O T. ESPECÍFICO DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE (TEDL)

Es un T. específico del lenguaje que afecta tanto a la expresión como a la comprensión.

Se da en niños de inteligencia normal y que no presentan ningún tipo de alteración sensorial, neurológica, emocional ni deprivación ambiental.

- Cuando el TEL se demuestra se obtiene una minusvalía del 33%

Los niños TEL se caracterizan por tener una severa y específica (= no dependen de otros cuadros) discapacidad para el lenguaje, variando mucho de caso a caso las manifestaciones clínicas.

Es útil distinguir entre T. primarios (cuando el fallo es específico, sin ser un síntoma de otros cuadros clínicos) y secundarios.

##### B. INCIDENCIA Y RELACIÓN CON EL DAÑO CEREBRAL

Incidencia:

- Las dificultades en el desarrollo del lenguaje son un problema bastante frecuente, con porcentajes que van del 3% al 8% de los niños preescolares. De ellos, a los 9 años, el 60% se hallará en clases para niños con problemas de aprendizaje.
- Entre el 30% y el 40% de los niños internados en centros especializados son niños con disfasia evolutiva, y en una elevada proporción hay antecedentes de otros familiares con un retraso al aprender a hablar, leer y deletrear. También en sus familias hay

más zurdos o ambidextros que en el resto de la población → se sugiere explicación genética

- Más en varones (entre 2:1 y 5:1) vs la disfasia adquirida (1:1)

¿La disfasia evolutiva es in/dependiente del daño cerebral?:

- unos piensan que hay daño cerebral
- otros: retraso madurativo (no lesión)

### C. CLASIFICACIÓN : disfasia expresiva o disfasia receptiva

- D. Expresiva:
  - o Desea comunicarse (como se evidencia en sus vocalizaciones, gestos y contacto ocular) pero falla la producción del habla. Algunos se hacen entender, otros no.
  - o Menos problemas emocionales y de conducta que los de la D. receptiva.
  
- D. Receptiva:
  - o La dificultad está en la discriminación de sonidos del habla y en la atribución de significado.
  - o Más problemas emocionales y de conducta y suelen ser menos comunicativos (¡aunque muestran deseos de comunicarse!)
  - o Es preciso diferenciarlo de la sordera (hacer una audiometría). Aquí no hay pérdida auditiva.

El DSM-IV-Tr en su apartado de T. de la comunicación pide que si hay un déficit sensorial o motor del habla, o una enfermedad neurológica, se codifiquen los trastornos en el Eje III (enfermedades físicas), distinguiendo así entre el T. del lenguaje adquirido (causa neurológica) y el T. del lenguaje evolutivo (desde el nacimiento y sin causa aparente)

Los T. de la comunicación según el DSM-IV-Tr son:

- T. del lenguaje expresivo (= Disfasia evolutiva expresiva).
  - o Deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo.
  - o Las puntuaciones en las pruebas pertinentes han de ser inferiores a las puntuaciones sobre su capacidad intelectual general y del desarrollo del lenguaje receptivo.
  - o Habla limitada cuantitativamente, gama reducida de vocabulario, frases muy cortas y simples, limitación en la variedad gramatical, omisión de partes de oración, orden inusual...
  
- T. mixto del lenguaje receptivo-expresivo (= Disfasia evolutiva receptiva).
  - o Las puntuaciones en las pruebas pertinentes han de ser inferiores a las puntuaciones sobre su capacidad intelectual no verbal.
  - o Además de las características citadas anteriormente, muestra dificultad para comprender frases, palabras... incluso, algunos para comprender el vocabulario básico.
  
- T. fonológico (= dislalia, disartria, inmadurez articulatoria)
- Tartamudeo.
- T. de comunicación no especificado.

### D. DÉFICITS PSICOLINGÜÍSTICOS de las disfasias evolutivas.

- Sobre el desarrollo fonológico:
  - o Más lentos y retrasados, pero no desviados.
  - o Los mismos errores de los niños normales, pero más persistentes en el tiempo.
  
- Sobre el desarrollo sintáctico:

---

Menyuk estudiando la capacidad de imitar frases y de producirlas espontáneamente, observó un patrón inverso a los niños normales:

- Los normales eran capaces de imitar alguna estructura sintáctica que no podían producir espontáneamente.
- los disfásicos eran incapaces de imitar algunas frases que habían usado en su habla espontánea.

Tb comprobó que la capacidad de los disfásicos para imitar secuencias fonológicas correlacionada con su capacidad de imitación sintáctica.

- Sobre el desarrollo semántico:
  - o Siguen un patrón similar al de los niños normales, aunque con considerable retraso.
- Sobre la dimensión pragmática:
  - o No tienen una incompetencia especial.
  - o Son retrasados en sus habilidades comunicativas, pero no deficientes.

En cuanto a los procesos cognitivos, cuyo fallo pudiera explicar la disfasia evolutiva:

- o La secuenciación temporal auditiva es un problema común en ellos.

#### E. DISFASIA INFANTIL ADQUIRIDA

Mucho menos frecuente (0,25%), supone una pérdida del lenguaje ya adquirido, bien por lesión cerebral bien por un trastorno convulsivo como la epilepsia. La edad de 3 años se considera límite inferior (no hay superior). A partir de los 10 años el defecto se asemeja mucho al de los adultos.

Entre los 3-10 años, las lesiones cerebrales pueden provocar disfasia, pero pueden recuperarse ya que el hemisferio intacto puede asumir las funciones del lenguaje. A partir de esa edad el trastorno será parecido al de los adultos porque los hemisferios se han vuelto más especializados y son menos capaces de adaptarse y reorganizarse (T<sup>a</sup> equipotencial hemisférica de Lenneberg)

Los niños se recuperan antes (tienen menos especialización de los hemisferios y mayor plasticidad del cerebro), pero no significa que la recuperación sea total. P.ej. pasados los 7 años es probable que mantengan algún déficit duradero.

Lo más característico de una disfasia infantil adquirida es la reducción de la expresión verbal espontánea o hipoproductividad. Sin embargo, los T. de comprensión son escasos y de corta duración.

Dejan de hablar por completo (de semanas a años). Cuando recobran el habla, sus respuestas son escasas. También suprime la comunicación gestual y el lenguaje escrito.

Respecto a la disfasia adquirida consecuencia de crisis epilépticas (convulsiones):

- El lenguaje adquirido manifiesta una pérdida súbita y progresiva, asociada a un EEG anormal y concomitante a la aparición de un T. convulsivo.
- Afecta tanto a la comprensión como a la expresión, variando considerablemente la aparición, curso y recuperación del T. disfásico de niño a niño.

## V. DISLALIAS INFANTILES, RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE Y DEL HABLA

### A. CONCEPTO

T. fonológico, según el DSM-IV-Tr:

- a. incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro.
- b. las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral o la comunicación social.
- c. si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

Este trastorno fonológico se puede relacionar con los conceptos de:

- **Disartria:** dificultad de la articulación y expresión del habla, debida a trastornos del tono y del movimiento de los músculos que controlan la articulación y que son consecuencias de lesiones del sistema nervioso central y periférico.
- **Dislalia:** dificultad para articular fonemas, sílabas o palabras. Puede ser debida a alteraciones orgánicas o funcionales (más frecuentes).
  - o El T. del lenguaje más frecuente en los niños.
  - o Significa “hablar mal” o “hablar con dificultad”
  - o Se distingue la dislalia funcional y la dislalia orgánica
  - o A partir de los 4 años: tratamiento. Con la práctica tienden a desaparecer.

Si en la articulación de un fonema, sílaba o palabra los órganos no se colocan en la posición adecuada, pueden darse los siguientes errores (ordenados por orden de frecuencia):

1. **Sustitución:** un error de articulación se denomina “sustitución” cuando implica reemplazar (al principio, en medio o la final de una palabra) un sonido consonante correcto por otro incorrecto.
2. **Distorsión (o aproximado o indefinido):** aquellos que no derivan de una sustitución definida, y cuya incorrección se debe a una mutilación, falta de claridad o a un descuido que da origen a un sonido débil e incompleto.
3. **Omisión:** un sonido puede omitirse o desaparecer de una palabra. En cualquier parte de la palabra.
4. **Inserción:** un sonido que no corresponde a una palabra puede insertarse o agregarse en cualquier parte de la palabra.

Y según el fonema mal articulado, tenemos:

- Rotacismos: /r/
- Sigmatismo: /s/
- Lambdacismo: /l/
- Gammacismo: /g/
- Deltacismo: /d/

Los fonemas más afectados son la “r” doble y simple, y los grupos consonánticos o sinfonos de la “r” y la “l” (por ser los últimos en adquirirse y los que mayor discriminación auditiva exigen)

Además de la dislalia, como T. de la articulación, tenemos “la inmadurez articulatoria” , afecta a la inteligibilidad del mensaje (= hablan mucho, pero no se les entiende; aunque de forma aislada logran pronunciar correctamente casi todos los fonemas y palabras)

#### **B. MODELOS EXPLICATIVOS**

- Se asocian a retrasos madurativos generales donde los déficits psicolingüísticos y psicomotores son los síntomas fundamentales (también hay enuresis, encopresis)
- Se alude a influencias ambientales (imitan)
- En bilingüismo.

Desde el enfoque tradicional, dos opiniones:

- como una deficiencia motora
- como un problema de discriminación auditiva.

La reeducación: 1º un sonido; 2º una sílaba; 3º una palabra; 4º una frase...

McDonald, defensor de la T<sup>a</sup> sensoriomota (trabaja los contextos, el aspecto motor y el aspecto sensorial de la articulación) les critica: la reeducación ha de comenzar a nivel de sílaba organizada en contextos.

Pero, al parecer este enfoque reeducativo se adapta mejor a las lenguas sin grandes variaciones fonológicas.

Una perspectiva más acorde con los postulados de la psicolingüística es la T<sup>a</sup> fonológica:

- a) los niños no aprenden sonidos, sino rasgos distintivos binarios.
- b) Se aprenden con unas reglas que se asientan en principios universales.
- c) La mayoría de los T. de la articulación están motivados por errores fonológicos.
- d) Todos pasamos por esos errores. En algunos, persisten y, además en otros, surgen desviaciones.

#### **C. RETRASO SIMPLE DEL LENGUAJE Y DEL HABLA.**

No todos los diferencian.

- **Retraso simple del lenguaje:**
  - o T. del lenguaje de tipo evolutivo con desfase cronológico.
  - o No presentan alteraciones intelectuales, relacionales, sensoriales, motrices, emocionales y sociales.
  - o Afecta a más de un módulo del lenguaje: + fonología y sintaxis.
  - o La comprensión es mejor que la expresión.
  - o Muchas simplificaciones. Gramática primitiva con hiperregulaciones, jerga, escaso uso de formas verbales, reducción de las proposiciones y nexos. Retraso léxico. La pragmática no está afectada, pero sí hay aumento de expresión gestual.
  
- **Retraso simple del habla:**
  - o Ausencia de habla en la edad usual, sin causa patológica manifiesta.
  - o Aunque hay debate respecto a la edad, se acepta que los 3 años son la edad límite para considerar el retraso como patológico e intervenir. (Recordar que el patrón del habla normal se establece entre los 3 y 8 años. Es a los 3 años cuando se considera la ausencia del habla como retraso simple del habla)
  - o Nivel intelectual adecuado con la edad, tb el n. de comprensión es adecuado.
  - o No hay déficit auditivos ni psicomotores.
  - o Pueden expresarse correctamente mediante gestos.

Importante diferenciarlos de la disfasia evolutiva. No es fácil.

- o Se diferencian por la gravedad: más dificultad comunicativa en los disfásicos
- o Respecto al Retraso simple del habla: la disfasia es más grave, es un retraso de todo el lenguaje.
- o Respecto al Retraso simple del Lenguaje es más complicado hacer la distinción, si bien hay una mayor dificultad comunicativa en los disfásicos.

## VI. TARTAMUDEZ o DISFEMIA

### A. CONCEPTO

T. que incide en la fluidez de la secuencia lingüística y en el ritmo y tiempo del habla.

- No es un problema de competencia lingüística, sino de la actuación lingüística.
- Es un T. prosódico (acento y entonación)
- Tiene connotaciones negativas, por eso muchos prefieren usar los vocablos “disfemia” y “disfémico”
- Gran variabilidad interindividual.
- Se establece entre los 3 y los 8 años.
- Más frecuente en niños que en adultos (1%); El % disminuye con la edad
- el % más alto es en edad escolar.
- Edades de remisiones: de 11 a 14 años y de 19 a 22 años.
- 5 hombres : 1 mujer
- Curso fluctuante.

**Criterios según el DSM-IV:**

A. Alteraciones de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del sujeto), caracterizadas por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:

1. Repeticiones de sonidos y sílabas
2. Prolongaciones de sonido
3. Interjecciones
4. Palabras fragmentadas (p.ej., pausas dentro de una palabra)
5. Bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)
6. Circunloquios (substituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)

7. Palabras producidas con un exceso de tensión física

8. Repeticiones de palabras monosilábicas (p.ej., "Yo- yo- yo le veo")

B. La alteración de la fluidez interfiere en el rendimiento académico o laboral, o en la comunicación social.

C. Si hay un déficit sensorial, o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas .

Johnson describe tres dimensiones básicas alteradas:

- la dimensión lingüística: falta de fluidez, repeticiones, prolongaciones, pausas excesivas...
- la dimensión social: las reacciones de los otros.
- La dimensión cognitiva: actitudes, creencias y expectativas del hablante.

Stouraras: cuatro componentes:

1. Motórico: interrupción en la fluidez... que además puede acompañarse por balbismos. Gesto distorsionado.
2. Emocional: emociones negativas → respuesta autónoma
3. Cognitivo: autoestima resentida y actitudes negativas hacia la comunicación, la tartamudez...
4. Comunicativo interpersonal: solo cuando hay un receptor.

Características:

- patrón de habla alterado (falta de ritmo y fluidez).
- No es debido a alteraciones sensoriales o neurológicas.
- Interfiere la comunicación.
- Repercute negativamente en la persona: la cárcel de la tartamudez.
- Efectos de consistencia y de adaptación (lectura de textos)

## B. CLASIFICACIÓN

Según los tipos de espasmos o bloqueos:

1. Disfemia tónica: al iniciar el discurso. Bloqueo intenso que la persona vence por la fuerza; momentos después ya puede expresarse. Son contracciones de relativa duración.
2. Disfemia clónica: al comienzo o en el curso de la frase. Pequeños espasmos o contracciones.
3. Mixta: en tartamudez severa a veces se dan las dos.

Cuando el trastorno es muy severo puede observarse otras alteraciones como enuresis, sonambulismo, sueño agitado...

### Etapas de Fraeschels:

1. Tartamudez fisiológica: Cuando se inicio el aprendizaje del lenguaje. Las repeticiones siguen el ritmo normal del habla.
2. Clonus: repeticiones espasmódicas más lentas. Sincinesias frecuentes.
3. Tercera etapa: espasmos tónicos o balbinismo manifiesto. Interrupciones evidentes; se sonroja; no emite sonidos; después el discurso aparece de forma brusca.
4. Cuarta etapa: movimientos alejados de los órganos articulatorios (muecas, inclinación de cabeza, golpes con los pies...)

### Etapas de Van Riper:

1. Tartamudez primaria(F.1): 3 años; no hay tensión por presión ambiental;
2. Tartamudez transicional(F.2 y F.3):
  - a. F.2: 4 años; conciencia esporádica del problema; interés por la comunicación.
  - b. F.3: 5 años; progresivo aumento de la conciencia y frustración sin evitación, y estrategias de solución.
3. Tartamudez secundaria (F.4): ansiedad y evitación de hablar, de personas, de situaciones..., aparición de los tics y otros gestos.

### **En función de la duración:**

- Disfemia evolutiva: de 3 a 5 años con remisión a los pocos meses.
- Disfemia benigna: se inicia sobre los 7 años y dura 2 o 3 años.
- Disfemia persistente: comienza sobre los 3 y 8 años y se cronifica.

### **¡¡No confundir con:**

- taquifemia o farfullero: rapidez excesiva, omisión de sílabas o sonidos y articulación imprecisa.
- Disartria (=lesión en el SN que provoca alteraciones en el tono o mov. de los músculos fonadores)

### **C. MODELOS EXPLICATIVOS**

Las teorías sobre su origen son innumerables:

1. T<sup>a</sup> psicodinámica: se asocia a personalidad neurótica por trauma temprano inconsciente.
2. T<sup>a</sup> conductuales: es aprendido; la (mala) influencia de los padres: “el tartamudeo no empieza en la boca del niño, sino en el oído del padre/madre”
3. T<sup>as</sup> perceptivas del habla (junto con las conductuales las más difundidas): déficit en la retroalimentación del habla, provocado por la asincronía entre las áreas cerebrales del lenguaje y los órganos efectores del habla.

#### **La importancia del feedback auditivo.**

- El efecto Lee: técnica DAF.
  - La lectura imitativa, el habla en susurro y el enmascaramiento.
- ¡¡ Pero apenas se logra modificar el control auditivo y propioceptivo de la automatización del habla.

---

Otros datos:

- patrón EMG anómalos.
- En la actualidad: etiología multifactorial.
- Según la opinión de los expertos: la tartamudez se mejora, pero no se cura.

## VII. ESPECIALIZACIÓN HEMISFÉRICA PARA EL LENGUAJE

### A. ASIMETRÍAS ANATÓMICAS DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES

La asimetría anatómica del *planum temporale* (mayor en hemisferio izquierdo; que incluye el área de Wernicke) no es una condición necesaria para la asimetría funcional.

También se han descubierto asimetrías en la *pars opercularis* del área de Broca: más ramificación dendrítica en el hemisferio izquierdo.

La especialización hemisférica del lenguaje es uno de los hallazgos más importantes.

- Los zurdos es más % que tengan un patrón atípico de especialización hemisférica para el lenguaje.
- Las  $\neq$  entre hombres y mujeres no son claras (parece que hay menos especialización en las mujeres).

### B. VARIABILIDAD DE LA REGIÓN PERISILVIANA

Gran variabilidad en la anatomía cerebral perisilviana:.

- en la circunvolución de Heschl: las mujeres presentaban asimetrías a favor del lado izquierdo; los hombres hacia el lado derecho. El significado funcional de esto no está claro.
- ¿el mayor/menor tamaño es una ventaja? : no está claro. Algunos  $\Omega$  el mayor tamaño de estructuras del lenguaje con dificultades del habla y del lenguaje
- Las mujeres son mejores en tareas de fluidez verbal.
- Menor especialización hemisférica para el lenguaje en las mujeres que en los hombres.

### C. LA DOMINANCIA HEMISFÉRICA EN EL BILINGÜISMO

En los bilingües tempranos se da una implicación hemisférica bilateral para ambas lenguas.

En los bilingües tardíos (+ 6 años) las dos lenguas mostraban dominancia hemisférica izquierda.

### D. LA DOMINANCIA HEMISFÉRICA EN LA TARTAMUDEZ

Orton 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.

Pero los resultados (Manga y Moreno) no apoyan la menor lateralización (o bilaterización) en los tartamudos. Y muestran una lateralidad invertida (el hemisferio derecho es el encargado del procesamiento lingüístico)

## VIII. PSICOPATOLOGÍA DEL LENGUAJE Y CUADROS CLÍNICOS

### A. RETRASO MENTAL, DEFICIENCIAS SENSORIALES, LESIONES NEUROLÓGICAS Y DEPRIVACIÓN AMBIENTAL (de Carrol)

Aclarando conceptos:

- Alteración: no se sigue la secuencia normal del desarrollo
- Retraso: sí se sigue, pero de forma más lenta. Incluso, no siempre se llega.

#### 1. Retraso mental

Los T. del lenguaje son más un retraso que una alteración.

El nivel de desarrollo del lenguaje está relacionado con el grado de deficiencia mental.

Ej. síndrome de Down:

- Dificultades de articulación por la macroglosia
- El desarrollo del lenguaje está globalmente afectado.
- El desarrollo pragmático mejor que el sintáctico y semántico.

#### 2. Parálisis cerebral

- Se asocia especialmente a retraso del lenguaje y alteraciones del habla que limitan gravemente la capacidad de comunicación.
- Si se acompaña de retraso mental → el desarrollo del lenguaje está afectado.
- Antes de la pubertad: Si solo se lesiona un hemisferio, las funciones que realizaba las puede asumir el otro. Dp ya es más difícil la recuperación. Tb si se han lesionado los dos hemisferios.

#### 3. Ceguera y sordera

En niños ciegos:

- Retraso en el comienzo del lenguaje y tb desarrollo más lento.
- Ecolalia.
- Periodo de interrogación más largo.
- Los déficits(lenguaje oral, lectura y escritura) aunque comunes, son evitables.

En niños sordos de nacimiento:

- Serios retrasos.

#### 4. Aislamiento social

Grave retraso (incluso ausencia total del habla), y más grave cuanto más temprana es la carencia.

- los niños pequeños se recuperarían mejor (progresan más) que los grandes.

Lenneberg: hay un periodo crítico en el desarrollo en el que el cerebro está diseñado para aprender cosas (p.ej. lenguaje). Una vez pasado este tiempo, es inútil tratar de enseñarlo.

---

Entre los 3 y los 10 o 12 años sigue siendo buena la % de adquirirlo.

## B. AUTISMO INFANTIL

Actualmente el autismo lo consideran más como un T. de la competencia comunicativa, cognitiva y lingüística que como un T. emocional.

Entre sus criterios diagnósticos figura una incapacidad manifiesta para relacionarse con otras personas y déficits graves del lenguaje.

El nivel de desarrollo lingüístico está en estrecha relación con su nivel general de desarrollo, especialmente en lo que se refiere a las habilidades de tipo cognitivo y de asociación y discriminación intermodal. Además correlaciona con otros aspectos de la conducta general del niño, como son la atención, el juego, la interacción social con el adulto y la intensidad o frecuencia de los estereotipos.

→ alto valor pronóstico del lenguaje como índice del nivel de desarrollo del niño autista.

Algunos datos:

- En todos hay retraso en la adquisición del lenguaje expresivo. Un 50%: mutismo.
- Presentan mayor variabilidad inter/intraindividual que los niños normales.
- Particularmente difícil establecer un diagnóstico diferencial con la disfasia evolutiva de tipo receptivo y con el retraso mental.

Respecto a la disfasia:

- o Se hipotetizó que el autismo pudiera ser una disfasia receptiva grave. Hoy esto está descartado.
- o Los autistas tienen mayores déficits conductuales y de socialización que los disfásicos; un lenguaje más alterado, con deficiencias de comprensión más graves y perturbaciones más amplias. Pautas de lenguaje alteradas (no sólo retrasadas).
- o En la disfasia receptiva no hay anomalías de R. sociales y comportamentales, de retraimiento, rituales.

Respecto al retraso mental:

- o Carroll: el lenguaje de los autistas es similar al de los deficientes mentales severos. Además, en ambos existe un gran retraso, pero no desviación del curso normal.
  - o Los componentes fonológicos y sintácticos están retrasados (no están desviados).
  - o Los componentes pragmático y semántico presentan desviación severa en el autista.
  - o El aspecto menos desarrollado de los autistas es el pragmático (peor que los otros).
- La alteración fundamental para Baron-Cohen es la falta teoría de la mente (= capacidad metarrepresentacional). Sería un déficit cognitivo central que originaría los déficits en habilidades sociales, pragmáticas y simbólicas.

- Los déficits de tipo pragmático son:
  - o Habla como monólogo; no entiende el p.d.v. del otro; no usa marcadores; no mantiene la mirada.
  - o Habla egocéntrica.
  - o Violan los principios conversacionales. P.ej. interrumpe.
  - o Pocos gestos y expresiones faciales significativos.

En resumen, utilizan más el lenguaje de forma instrumental que comunicacional.

### C. ESQUIZOFRENIA

- Experimentan gran dificultad para comunicarse adecuadamente con los demás.
- Su lenguaje puede sufrir grandes variaciones a lo largo del día.
- Su forma de hablar está  $\Omega$  con un pensamiento claramente disgregado  $\rightarrow$  incoherente, incomprensible.
- “Esquizoafasia”: patrón de habla desviada que, aunque poco frecuente, se presenta sólo en algunos pacientes (+ tipo desorganizado).
- Forma parte de los propios criterios diagnósticos.
  - o DSM: habla desorganizada, alogia (que se manifiesta en la “pobreza del lenguaje” y en la “pobreza de contenido”)
  - o CIE: lenguaje incoherente, neologismos, pobreza del lenguaje.
  
- Escalas: STLC, SANS, PAPS para depresivos, maníacos y esquizofrénicos.  
La STLC evalúa las siguientes variables:
  1. Pobreza del discurso
  2. Pobreza del contenido del discurso
  3. Logorrea (Habla apresurada)
  4. Discurso divergente
  5. Discurso tangencial
  6. Descarrilamiento
  7. Incoherencia (ensalada)
  8. Ilogismos
  9. Asonancia (aliteración o glosomanía)
  10. Neologismos
  11. Aprox. de palabras
  12. Lenguaje prolijo (disc. circunstancial)
  13. Pérdida del objetivo (olvido del tema)
  14. Perseveración
  15. Ecolalia
  16. Bloqueo
  17. Discurso enfático
  18. Discurso autorreferencial
  19. Parafasia fonémica
  20. Parafasia semántica: en afasia tipo Broca y tipo Wernicke.

Todas las parafasias afectan al lenguaje expresivo y se suelen presentar en cuadros afásicos.

#### Resultados:

Esquizofrenia: 1 y 2 fueron las más frecuentes.

Manía: 3, 4 y 9

Depresión: 1 - 12

Ninguna de estas conductas es particular de la esquizofrenia. Tb en manía y depresión.

La SANS y la SAPS: han distinguido los síntomas positivos (ideas delirantes y alucinaciones) y negativos (apatía, afecto plano y pobreza de lenguaje) de la esquizofrenia.

Sobre el lenguaje del esquizofrénico se ha dicho mucho y variado:

1. Hay alteraciones que afectan al reconocimiento e interpretación del significado de las palabras.
2. Las alteraciones de la producción verbal son el núcleo del llamado “déficit comunicacional esquizofrénico”.
3. No tiene en cuenta las necesidades informativas de sus interlocutores.
4. Hay dos alteraciones principales: el T. de pensamiento y la esquizoafasia.
5. Tienen preocupaciones temáticas y frecuentemente aparecen asociadas a conductas socialmente negativas como la hostilidad y el aislamiento.
6. Hay alteraciones de la mímica y los gestos.
7. En los esquizofrénicos con síntomas positivos hay cierta afectación del habla (tics, manierismos...); en los negativos hay inhibición, apatía, mímica poco expresiva y nula gestualidad.
8. Son capaces de percibir y comprender con normalidad, pero presentan déficits en la producción del lenguaje (+semántica y pragmática). Las alteraciones del discurso y del pensamiento continúan estando presentes aun cuando la persona se encuentre compensada. Las alteraciones tienen más que ver con problemas en la organización de las ideas y la presentación de éstas de forma estructurada, y no con el funcionamiento del sistema lingüístico en sí. Estos trastornos son más frecuentes y graves en el tipo desorganizado que en el paranoide.
9. Desde la t<sup>a</sup> de PI: los déficits lingüísticos guardan relación estrecha con el deterioro de procesos cognitivos de control.
10. Son los procesos controlados de producción verbal los más afectados
11. En el esquizofrénico tipo I (+): las alteraciones lingüísticas y todo el cuadro serían reversibles; en el Tipo II (-) serían permanentes.

Importante: No existe un lenguaje típico esquizofrénico.

#### **D. DEPRESIÓN Y MANÍA**

En depresión:

- No existen trastornos en la comprensión ni en la producción.
- Hablan poco, bajo y lento. Tb pausas más largas (=tardan más tiempo en hablar)
- Lenguaje vago, abstracto y personalizado. Habla de él y de otros, verbos de estado, adverbios, pronombres personales (+1<sup>a</sup> persona); discurso profundo.

En manía:

- Juegos de palabras y logorrea, discurso abigarrado, deshilado, con fuga de ideas. Reversible.
- Lenguaje concreto y coloreado. Más interesado en las cosas, verbos de acción, adjetivos y nombres concretos; discurso superficial

Tampoco se puede decir que exista un lenguaje típicamente maniaco o depresivo.

#### **E. DEMENCIAS Y ENFERMEDAD DE ALZHEIMER (EA)**

Las demencias producen déficits cognitivos, motores y sociales muy diversos.

---

Problemas a la hora de estudiar las alteraciones del lenguaje en los casos de demencia:

- La categorización de T. afásicos basada en lesiones focales no es adecuada.
- Qué cambios se deben a la senilidad y cuáles a la senescencia
- Gran variabilidad.

En la EA podemos encontrar el síndrome “afásico- apracto-agnósico”. En la que la afasia tiene una prevalencia desde un 43 % a un 100%.

- Grandes diferencias individuales en el declive de los EA  $\Omega$  con el distinto grado de afectación de las zonas corticales.
- Al principio de la enfermedad: dificultad en hallar palabras. Peor puntuación en fluidez verbal y en denominación.
  - o Algunos dicen que por la pérdida de información semántica (por desorganización de la M<sup>a</sup> semántica) y otros que no, que son dificultades de acceso.
- Después: problemas de comprensión sintáctica.
- En las etapas más tardías: se altera la comunicación pragmática.
- En los momentos finales: afasia global

Es una afasia peculiar, distinguible de la afasia por lesiones focales corticales.

Mayor similitud con T. afásicos de tipo anómico, Wernicke y sensorial transcortical.

La mayoría de los EA muestran una mezcla de déficit de comprensión y producción del lenguaje.

Se han distinguido tres periodos:

- Al principio: está alterada la denominación.
- En estadio intermedio: la comprensión y el discurso
- En el último estadio: daños severos en las habilidades pragmáticas ( $\approx$  afasia global)

Los T. del lenguaje en la EA pueden servir tanto para diagnosticar la enfermedad, como para diferenciar subgrupos (fases)