

DISFASIAS DEL DESARROLLO Y AUTISMO

JOAQUÍN DÍAZ ATIENZA
Psiquiatra Infanto – Juvenil

Monografía de paidopsiquiatria.com

DISFASIAS EVOLUTIVAS Y AUTISMO¹

Joaquín Díaz Atienza
Psiquiatra Infantil de la USMI – J. de Almería

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es uno de los instrumentos cognitivos básicos para el desarrollo psicosocial del individuo. Sin embargo, no toda alteración presenta el mismo significado, dependiendo, en última instancia, de los déficits que produzca tanto en los aspectos formales como pragmáticos de la comunicación.

Una de las patologías paradigmáticas caracterizadas por estos déficits es sin duda el Síndrome Autista. En esta ponencia nos ocuparemos de los trastornos del lenguaje que se acercan en cuanto a gravedad y hándicap a los presentados en este síndrome, aunque manteniendo unos algunos aspectos básicos que los diferencian clínicamente. Nos referimos a los controvertidos trastornos de las disfasias. Controvertidos, si tenemos en cuenta que en la actualidad nos movemos en dos posturas bien diferentes: aquella que sostiene que las alteraciones encontradas en las disfasias son las mismas que podemos encontrarlos en los trastornos del espectro autista y los que opinan que existen contenidos semiológicos característicos que las apartan claramente del autismo. Esta controversia se acentúa, con la asunción definitiva del autismo de alto rendimiento y el Síndrome de Asperger como entidades dentro del espectro autista.

Antes de ocuparnos específicamente de la patología disfásica del lenguaje creo que es conveniente aclarar algunos aspectos de la misma que son básicos para entender la expresión clínica de los diferentes trastornos, incluyendo el autismo.

En primer lugar entendemos por **ASPECTOS FORMALES** una serie de requisitos que se muestran fundamentales para entender el lenguaje oral. A saber:

1. Sintaxis:

La forma en que se enlazan y ordenan las palabras en la oración. Como se comprenderá aspecto fundamental para la comprensión de la misma.

2. Léxico:

Aquí lo entendemos como vocabulario. También suele llamársele stock verbal o vocabulario disponible.

3. Fonológico:

Se refiere a la correcta pronunciación de los distintos fonemas de uso común en nuestra lengua.

4. Prosódico:

Hace referencia a la entonación que damos a lenguaje. Literalmente significa canto.

Otro aspecto muy importante, y sobre todo en el Síndrome Autista como veremos más adelante, son los **ASPECTOS PRAGMÁTICOS**. A saber:

¹ Texto de la Ponencia de las Jornadas sobre Autismo de Jaén (España)

1. Turno de palabra:

Como veremos más adelante es importante que sepamos, en nuestra interacción con los demás, cuando nos corresponde participar en una conversación. Son normas implícitas para una correcta participación que necesitan de una valoración metacognitiva.

2. Inicio de la conversación:

Se necesita de las mismas habilidades cognitivas que en la situación anterior.

3. Lenguaje figurado:

Para una correcta comunicación con el interlocutor es imprescindible saber “entender entre líneas” y no interpretar el lenguaje en su literalidad semántica.

4. Clarificaciones:

Es la capacidad cognitiva para adaptar nuestro lenguaje a la capacidad de comprensión del interlocutor, así como la de poder dar explicaciones sobre los aspectos semánticos de nuestro discurso.

Lo expuesto es una consideración de la calidad comunicacional del lenguaje. Sin embargo, quedaría incompleta si no describimos brevemente **LOS ASPECTOS COGNITIVOS** (en cuanto procesos subyacentes) del mismo. Son bastantes los modelos que intentan dar una explicación, aunque nosotros nos atendremos al Modelo de OSGOOD, modificado por ISSER y KIRK por ser el que habitualmente utilizamos en nuestra unidad.

Según este modelo en la ORGANIZACIÓN del lenguaje existirían dos niveles de especialización diferente: el automático, que implicaría al aprendizaje y la memoria, y el representativo que requiere de la capacidad cognitiva para poder utilizar los aspectos simbólicos y semánticos del lenguaje. Como requisitos para una buena implementación del lenguaje, y más cercanos a los organizadores automáticos, estarían la capacidad sensorial auditiva y visual, con unos mecanismos de integración intermedios a nivel auditivo y visual que necesitan de memoria secuencial auditiva y visual para su correcto funcionamiento.

Los aspectos REPRESENTATIVOS está sustentados por los mecanismos de procesamiento, tanto a nivel de comprensión y organización auditiva y verbal, como los de expresión verbal y motora. Podemos observar como se contemplan las funciones receptiva – comprensión y de ejecución – producción (Figura – 1). En la base de este modelo se encuentran la mayoría de las clasificaciones actuales de los trastornos del lenguaje.

CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE EN LA CIE – 10 Y DSM – IV

En la Tabla – 1 se recogen los distintos trastornos de ambas clasificaciones. Sobre las que quisiéramos realizar las siguientes precisiones:

1. Mientras que para la CIE –10 se trata de un trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje, para el DSM – IV es un problema más amplio que

- comprendería la comunicación, acentuando el aspecto de relación del lenguaje.
2. Mientras que la CIE – 10 no diferencia el trastorno mixto (comprensión – producción del lenguaje) incluyéndolo en el trastorno de la comprensión, el DSM – IV no incluye el trastorno de comprensión definiéndolo como trastorno mixto. En definitiva distintas expresiones para un mismo concepto. A nuestro juicio define mejor la situación clínica esta última clasificación en la medida que se adapta mejor a la clínica.
 3. Otro aspecto es la diferenciación tan tajante, en ambas clasificaciones entre trastorno de la producción y trastorno mixto o de la comprensión, ya que se requiere una comprensión adecuada. Esta situación, excepto cuando los déficits en la producción son debidos a inhibiciones, no resulta tan evidente en la clínica.

Figura – 1: Modelo cognitivo de ISSER y KIRK

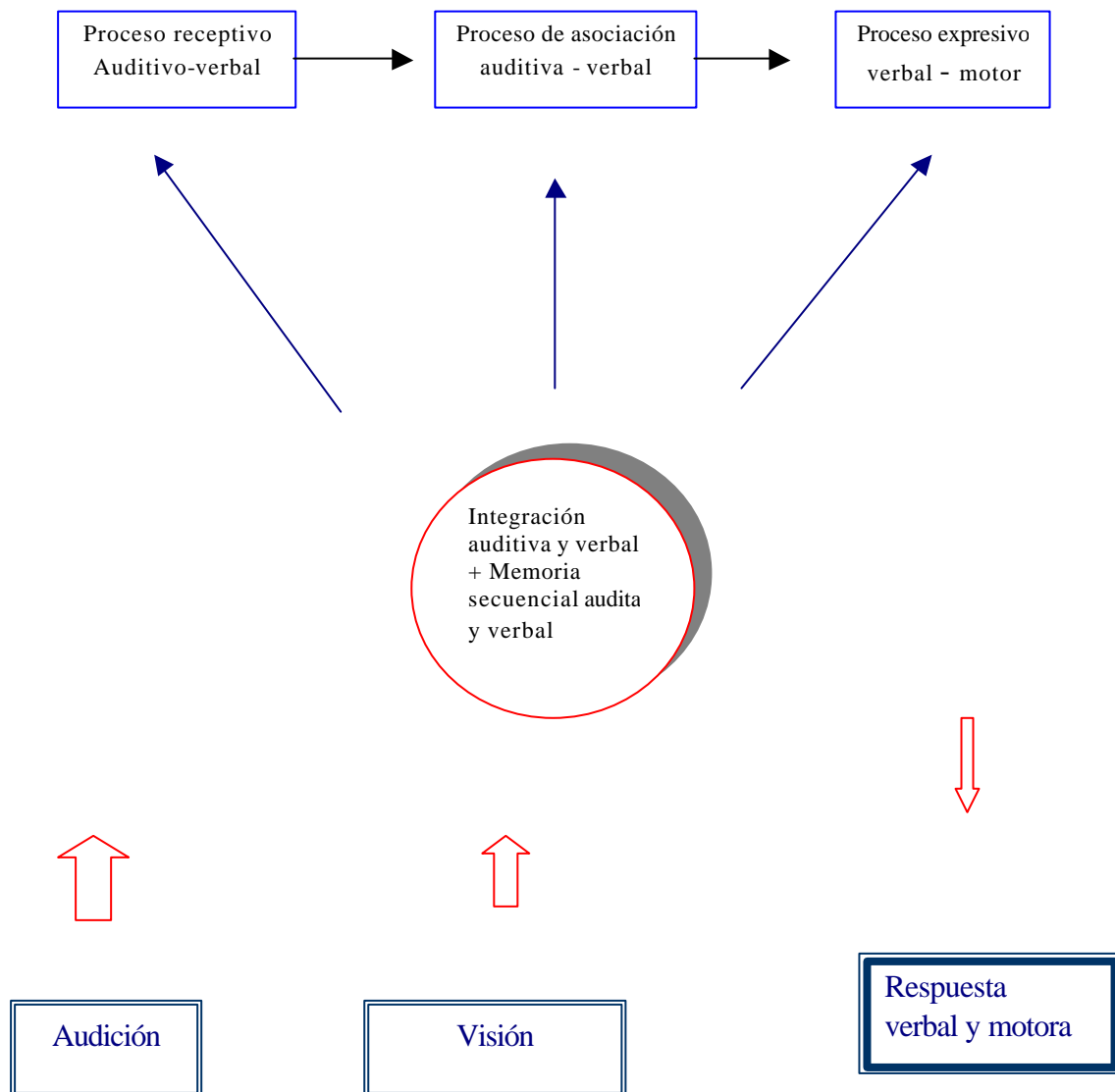


Tabla – 1: Clasificación CIE – 10 y DSM – IV

CLASIFICACIÓN CIE - 10	CLASIFICACIÓN DSM - IV
<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno específico de la pronunciación - Trastorno de la expresión del lenguaje - Trastorno de comprensión del lenguaje - Afasia adquirida con epilepsia - Otros. Ceceo. - Sin especificación 	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno del lenguaje expresivo - Trastorno mixto del lenguaje receptivo expresivo - Trastorno fonológico - Tartamudeo - Trastorno de la comunicación NOS

En nuestra exposición nos ocuparemos de los trastornos de lenguaje que implican un déficit en la producción / comprensión de lenguaje y, sobretodo, sin olvidar que pretendemos encontrar similitudes y diferencias entre los del autismo y los “problemas graves del desarrollo del lenguaje no considerados propios del autismo”. Es decir, las DISFASIAS DEL DESARROLLO.

DISFASIAS DEL DESARROLLO

Son trastornos que afectan de forma muy significativa a la producción, la comprensión o a ambas. Aunque los tipos clínicos varían de unos autores a otros, la más aceptada es aquella que contemplan los siguientes subtipos:

1. AGNOSIA AUDITIVA – VERBAL.
2. TRASTORNO FONOLÓGICO – SINTÁCTICO.
3. TRASTORNO POR DÉFICIT EN LA PROGRAMACIÓN FONOLÓGICA.
4. TRASTORNO SEMÁNTICO – PRAGMÁTICO.
5. ***TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA FLUENTE Y NO FLUENTE.***

Algunos autores, en la medida que se ha aceptado la existencia del autismo de alto rendimiento y el Síndrome de Asperger y trastornos del espectro autista, tienden a considerar a estos trastornos dentro de las disfasias basándose, igualmente, en la constatación clínica de que las disfasias “clásicas” suelen también presentarse en el Síndrome Autista. En España es ARTIGAS el que defiende esta postura.

Pero antes de pasar a describir la clínica neurolingüística propia de las disfasias, quisiera exponer brevemente el denominado SÍNDROME DE KASSER – HAUSER, debido a que es posible su existencia y de que, por tanto, hay que tenerlo presente en el diagnóstico diferencial.

SÍNDROME DE KASSER – HAUSER:

Se trata de un trastorno grave de la producción / comprensión del lenguaje debido a privación de la estimulación adecuada. Por tanto, es un cuadro clínico por causas estrictamente ambientales. Lo interesante de este síndrome es que ha puesto en evidencia algunos aspectos importantes:

1. Parece que las adquisiciones durante el primer año de vida no son tan determinantes en la génesis del lenguaje y

2. Contribuye a aclarar otra polémica clásica sobre si los problemas encontrados en las disfasias son primariamente debidos a los déficits en la comprensión o en la producción, demostrándose la existencia de un gran solapamiento entre ambas funciones.

AGNOSIA AUDITIVO – VERBAL

Es, conjuntamente con la disfasia semántica-pragmática, el trastorno que más similitud presenta con el síndrome autista. Hay autores que la incluyen dentro de los trastornos del espectro autista. Se define como un trastorno en donde existe una imposibilidad para discriminar alguna o algunas de las características de los estímulos auditivos. Justamente dependiendo del déficit, la agnosia auditiva – verbal suele clasificarse en:

1. AGNOSIA AUDITIVA: Es una incapacidad absoluta. Es decir, es imposible discriminar y, por tanto, procesar, cualquier estímulo auditivo. Son niños que ni hablan ni entienden.
2. IMPERCEPCIÓN AUDITIVA: Es una incapacidad relativa. No discriminan bien ni procesan, de ahí que estos niños presenten un lenguaje saturado de neologismo y de muy difícil comprensión para el interlocutor. Por supuesto la comprensión está muy alterada.
3. SORDERA SEMÁNTICA: Estos niños discriminan bien y, por tanto, son capaces de repetir correctamente. Sin embargo, no entienden el significado de las palabras. Son niños básicamente ecológicos.
4. AGNOSIA AUDITIVA FONOLÓGICA: Procesan bien las palabras conocidas, las habituales para él. Sin embargo, cuando se les dice que repitan una palabra nueva o inventada, sin significado, son incapaces de hacerlo.

Características comunes a estos trastornos, cuando hay lenguaje, son la presencia de una asintaxia y un lenguaje expresivo ecológico. Por supuesto no presenta una finalidad comunicacional.

Estos trastornos se asemejan, como hemos dicho, bastante a lo que encontramos en muchos casos de autismo, incluso pueden haberse perdido determinadas habilidades y stock verbal previamente adquirido. La diferencia fundamental es que, a pesar del marcado déficit en la producción y comprensión del lenguaje, el niño presenta interés en comunicarse. Igualmente, las alteraciones conductuales se asemejan a autismo: rituales, estereotipias...

Aunque no existe en la actualidad una explicación suficientemente plausible en cuanto a los mecanismos neurocognitivos subyacentes, estudios realizados en sujetos adultos con agnosia adquirida refieren aspectos muy esclarecedores, aunque siempre considerando que estos pacientes habían adquirido previamente el lenguaje. Ellos hablan de *una incapacidad para retener el significado, viven el lenguaje del interlocutor como algo extraño, lejano y sin significado, otros hablan de que las palabras se les presentan demasiado rápidas y entrelazadas.*

Esta última observación apoyaría la hipótesis diagnóstica de la existencia de una dificultad en el procesamiento bitemporal de sonidos cuando estos se presentan a una determinada velocidad ya que se ha demostrado que en estos sujetos mejoran el rendimiento con la presentación de una tasa de estímulos decreciente.

Se ha cogido como modelo neurobiológico de la AGNOSIA AUDITIVA – VERBAL al SÍNDROME DE LANDAU – KLEFFNER debido a su similitud semiológica. A saber:

- Epilepsia. En estos niños se encuentra frecuentemente actividad paroxística en el EEG.
- Profunda alteración de la comprensión.
- Relación directa entre el trastorno y disfunción – lesión del área, uni- o bilateral, de Wernicke.

Como tratamiento se recomienda la Comunicación Total.

DISFASIA FONOLÓGICO – SINTÁCTICA

Es uno de los trastornos difásicos más frecuentes. Los niños que lo padecen se caracterizan por presentar una alteración, más o menos importante, en la comprensión de lenguaje, aunque el aspecto fundamental es la alteración en la producción.

Las anomalías pueden variar en intensidad de unos casos a otros, aunque siempre nos vamos a encontrar con:

- Alteración en la fluencia. Lenguaje poco fluido.
- Alteración fonológica. Es una pronunciación claramente dislábica y, a veces, disártrica.
- Construcción asintáctica con frecuentes omisiones, distorsiones y sustituciones.

Responden relativamente bien a la intervención logopedia clásica.

DISFASIA LÉXICO – SINTÁCTICA O DÉFICIT EN LA PROGRAMACIÓN FONOLÓGICA

Son niños con dificultad a la hora de encontrar la palabra adecuada en la denominación de objetos. El cuadro clínico evoca a la Afasia de Broca. Es capaz de darse cuenta, cuando escuchan la palabra pronunciada, que ella no corresponde a la que realmente desean utilizar. Justamente esta conciencia del déficit puede estar en la base del mutismo que presentan algunos, aunque en otros casos se trataría de una incapacidad total en la evocación de palabras.

Esta circunstancia da lugar a que sean pacientes poco fluentes con alteración muy significativa en la producción. Cuando ésta existe, se encuentra plagada de errores.

Se le ha denominado también APRAXIA VERBAL, término que consideramos poco preciso ya que el problema subyace básicamente en los mecanismos neurocognitivos implicados en la búsqueda de palabras concretas en el stock verbal que en estos sujetos no está alterado.

Se recomienda como tratamiento la Comunicación Total.

TRASTORNO SEMÁNTICO – PRAGMÁTICO

Junto con la AGNOSIA AUDITIVA – VERBAL es el trastorno que más se asemeja clínicamente, en lo que refiere a la alteración de la comunicación, con el Síndrome Autista. Estos niños van a presentar alteraciones tanto en los aspectos formales

como en los pragmáticos de lenguaje. Teniendo en cuenta que este último aspecto del lenguaje necesita de habilidades cognitivo – sociales y que estas están también alteradas en el autismo, algunos autores como BISHOP sitúan a éste como la expresión máxima de un continuo que comenzaría con los trastornos específicos del lenguaje. Para este autor, los niños con escasos recursos cognitivo – sociales y una buena capacidad en el lenguaje pertenecerían a Síndrome de Asperger, los que presentan buena relación social pero un déficit importante en el lenguaje serían los disfásicos semántico – pragmáticos, perteneciendo los niños con síndrome autista a aquellos que presentan graves alteraciones en los dos componentes. Es fácil entender que desde esta perspectiva neurolingüística es difícil delimitar clínicamente conceptos con disfasia, autismo no fluente, autismo fluente, autismo de alto rendimiento y síndrome de Asperger.

Independientemente de las polémicas anteriores, existen algunas características semiológicas sobre las que la mayoría de los autores se muestran de acuerdo: en este trastorno existe una decodificación aceptable que posibilita que los niños sean capaces de producir palabra y frases, aunque la comprensión se encuentra alterada, tanto del lenguaje oral como del gestual.

Dependiendo de la participación de los procesos de memoria o de evocación, DENCKLA distingue entre:

- NIÑOS AFASOIDES: La alteración básica estaría en el procesamiento – evocación.
- NIÑOS AMNESOIDES: Se trataría de un déficit en el establecimiento de la conexión entre palabra y significado.

Es a partir de esta observación de donde se desprende el hecho de clasificar a la DISFASIA SEMÁNTICO – PRAGMÁTICA en:

- **Anomia al acceso semántico**: Imposibilidad de relacionar la palabra con su significado. Esta alteración da lugar a una parafrasia semántica.
- **Anomia en la representación semántica**: Lo que fallaría serían los procesos de memoria.
- **Anomia semántica específica**: No existen dificultades cuando se utiliza un lenguaje que maneja palabras con significados de uso habitual. Solo aparecen cuando se refiere a la necesidad de utilizar los contenidos semánticos de palabras nuevas.

Aparte de las anomalías en la utilización semántica y formal del lenguaje, en este trastorno nos encontramos con alteraciones en los aspectos pragmáticos, déficit que lo aproxima a la semiología comunicacional del autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo. Tal como describíamos al principio, estos pueden ser:

- **Turno de palabra**: Implica el conocimiento de las estructuras sintácticas así como las claves de la prosodia en el discurso y otros marcadores conversacionales, incluyendo los visuales, características que nos permiten detectar cuando nos corresponde el turno de palabra.
- **Inicios de la conversación**: Para iniciar un tema de conversación es imprescindible saber que se quiere decir, como decirlo, cuando el interlocutor está en disposición atencional de escuchar, indicar el inicio de la conversación con señales que sean percibidas por el otro: oculares y cambios en la entonación.

- Lenguaje figurado: Igual que en el caso anterior se necesitan de habilidades lingüísticas y sociales. Este aspecto comprende los dobles sentidos, las metáforas y los significados implícitos. Aquí se precisa conocer la mente del otro para entender y poder intercambiar contenidos, así como detectar el sentido y estado del humor del otro.
- Clarificaciones: Implica capacidad para adaptar nuestro discurso a la comprensión del interlocutor y para ello se debe tener la suficiente plasticidad verbal y gramatical, así como la capacidad de detectar en el otro sus solicitudes de clarificación.

ETIOLOGÍA DE LAS DISFASIAS

Simplemente enumeraremos aquellas que se han repetido más en la literatura especializada:

1. Alteraciones cromosómicas (Síndrome de Down, X-Frágil...).
2. Factores genéticos. Se apoyan fundamentalmente en los resultados obtenidos en el The San Diego Longitudinal Study en donde se puso en evidencia que entre los niños con disfasias del desarrollo existían antecedentes familiares de trastornos del lenguaje en un 70%.
3. La presencia de déficits en la integración sensorias biaural a respuestas evocadas. Esta hipótesis etiopatogénica ha desencadenado polémica: Para AKSHOOMOFF (1991) no existen anomalías en los potenciales evocados; para RAPIN (1982) las alteraciones sólo estarían presentes en las disfasias del desarrollo, aunque no el autismo y, finalmente, para nosotros (DÍAZ ATIENZA, J, 1999) estarían presentes tanto el las disfasias del desarrollo como en el autismo.
4. También se han alegado anomalías en el procesamiento interhemisférico.
5. Presencia de actividad paroxística temporal.
6. Atetosis.
7. Déficits mielínicos.

CARACTERÍSTICAS EN EL AUTISMO Y LA TEORÍA DE LA MENTE COMO MODELO EXPLICATIVO

El niño con autismo, contrariamente a lo que sucede en el niño con disfasia:

- No muestra deseos en comunicarse.
- Evitan el contacto ocular en la comunicación.
- No pueden interpretar la comunicación no verbal.

Los niños con autismo ecológicos e hiperléxicos puede descifrar el código fonológico aunque no el semántico, característica compartida con la disfasia semántico – pragmática y fuente de polémica en cuanto a diagnóstico diferencial entre ambos trastornos.

Las alteraciones encontradas en la prosodia y en la expresión facial se deberían, según algunos autores, a anomalías en la zonas temporo – parietales posteriores, en tanto que las dificultades en la necesidad de comunicarse y en las sensaciones placer / displacer radicarían en algún tipo de patología límbica.

Por último, las alteraciones de las vías auditivas centrales y subcorticales auditivas podrían explicar los trastornos fonológicos y de producción.

Sin embargo, la comprensión de los trastornos pragmáticos quedan mal explicados por estos hallazgos. Se debe a la **Teoría de la Mente** la explicación más plausible. Parte del supuesto axiomático de para participar en una conversación se necesita hacer inferencias sobre las intenciones, las sensaciones del interlocutor y de su estado de ánimo.

En la medida que somos capaces de atribuir pensamientos en los demás, nos permite modular nuestra conducta social. Pues bien, a las REPRESENTACIONES que tenemos sobre los objetos en el mundo se le denomina REPRESENTACIONES DE PRIMERO ORDEN. A su vez a las REPRESENTACIONES mentales que tenemos sobre las representaciones de primer orden se les denomina REPRESENTACIONES DE SEGUNDO ORDEN. Esta capacidad nos posibilita poder pensar que el otro piensa, es decir, se trata de una capacidad metarepresentacional. Justamente esta capacidad es la que posibilitaría los aspectos pragmáticos del lenguaje, vistos anteriormente.

NEUROFISIOPATOLOGÍA, LENGUAJE Y CONDUCTA²

A continuación presentamos los resultados obtenidos en la valoración sensorial auditiva en una muestra de niños con disfasia del desarrollo y síndrome autista. En la Tabla – 2 recogemos un resumen de los trabajos más representativos y las anomalías encontradas.

¿Qué miden y como se interpretan los PEAT?

Los Potenciales Evocados Auditivos de Tronco recogen la actividad bioeléctrica ante un estímulo auditivo y representa el recorrido anatómico de los 10 primeros milisegundos de la transmisión de este estímulo. Lo más importante de esta evaluación es que no se encuentran alterados por el nivel de conciencia del sujeto.

En su recorrido van a aparecer una serie de ondas que convencionalmente se les ha dado números romanos para identificarlas (Figura – 2): I, II, III, IV, V, VI. Todas ellas vienen determinadas por su latencia (tiempo de aparición) y una amplitud (altura). Igualmente, se les adjudica un correlato anatómico:

- Onda I: Nervio auditivo.
- Onda II: Núcleo coclear.
- Onda III: Oliva superior.
- Onda IV: Lemnisco lateral.
- Onda V: Colículo inferior.
- Onda VI: Genuculado medial.
- Onda VII: posiblemente a las proyecciones auditivas primarias (aunque no siempre aparece).

En los exámenes estándar se estudian sistemáticamente las latencias I – III, III – V y I – V.

SUJETOS Y MÉTODO

Se ha diseñado un estudio observacional descriptivo. Se han incluido en la investigación a los niños que cumplieran criterios de Trastorno Autista y de Trastorno

²Resumen del trabajo Alteraciones neurofisiológicas y psicopatología en el trastorno autista y en el trastorno mixto del lenguaje receptivo - expresivo. An Psiquiatría, Vol. 15, 4: 173 – 179, 1999.

mixto del lenguaje receptivo – expresivo. Se excluyeron aquellos casos con lesiones cerebrales en el TAC y/o RNM y con actividad paroxística en el EEG o epilepsia.

Se evaluó la actividad PEAT y se les pasó a ambos grupos la Escala ERC – A III (Apéndice – I). En la Tabla – 3 se recogen las características de la muestra estudiada.

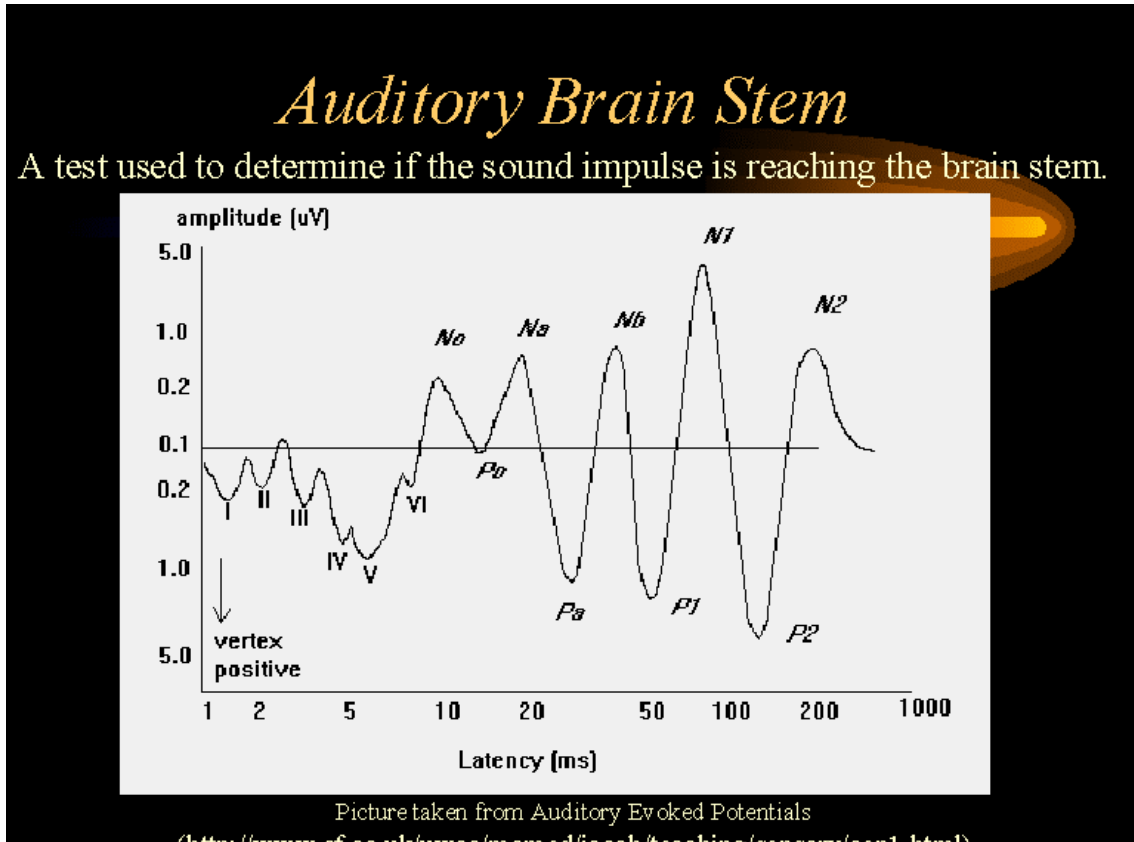
Tabla – 2: PEAT y autismo – disfasia del desarrollo

AUTOR Y TRASTORNO	RESULTADOS
<u>DISFASIA</u>	
PIGGOTT et AL (1983)	Incremento de latencias e interlatencias
MURRAY (1988)	Los niños recién nacidos con alteraciones en los PEAT presentaron problemas en la comprensión y producción del lenguaje.
AKSHOOMOFF (1989)	No encuentra diferencias significativas
NOVACK (1990)	Incremento de la latencia de la onda V, incremento de las interlatencia III-V y reducción de la amplitud de las ondas II y V.
RONCAGLIOLO (1994)	Reducción en la amplitud de la onda I.
<u>AUTISMO</u>	
SHIVSHANKAR (1989)	Interlatencias en los límites de la normalidad y prolongación anormal de las interlatencias.
RAPIN (1997)	No encuentra alteraciones en autismo, sí las encuentra en las disfasias.

Tabla – 3: Características descriptivas de los sujetos

Características	DIAGNÓSTICO			
	DISFASIA N = 24		AUTISMO N = 15	
	N	%	n	%
Sexo:				
Varones	15	52,5	9	60,0
Mujeres	9	37,5	6	40,0
Edad Media (DE)	4,58 (2,89)		3,33 (1,29)	

Figura – 2: Representación de los PEAT y de latencia media – larga



RESULTADOS

1. DIAGNÓSTICO PADIOPSIQUIÁTRICO Y NEUROFISIOPATROLOGÍA

Presentan algún tipo de alteración el 37,5 % de los niños con disfasia frente al 20,0 % de los niños con trastorno autista. Presentan alteraciones en una sola vía el 16,7 % de los disfásicos frente al 13,3 % de los autistas. Para ambas vías, los niños con disfasia las presentan en el 20,8 % frente al 6,7 % en el autismo. (Gráfico –1)

Cuando estudiamos la interlatencias separadamente en vía derecha o izquierda y por diagnósticos, tenemos PARA LA VÍA DERECHA (Gráfico – 2):

- I-III: el 62,5% en disfasia frente al 37,5% en autismo
- I-V: el 71,4% en disfasia frente al 28,6 % en autismo.
- III-V: el 83,3% en disfasia frente al 16,7 % en autismo.

VÍA AUDITIVA IZQUIERDA (Gráfico – 3):

- I-III y III-V: el 89,9 % en disfasia frente al 11,1% en autismo. ($p = 0,05$).
- I-V: 100% en disfasia. Ningún caso en autismo.

2. PSICOPATOLOGÍA Y NEUROFISIOPATOLOGÍA

- 2.1. No existen diferencias significativas en las puntuaciones en los niños con disfasia con o sin alteraciones fisiológica.
- 2.2. Si comparamos los cinco casos con disfasia que presentan alteración en todas las interlatencias frente a los que no las presentan, observamos que el ítem de la escala que difiere significativamente en puntuación es la de Repliegue Autista: 19,0 frente a 10,79; $p = 0,01$. Esa anomalía solo se da en la vía auditiva derecha Gráfico –4).
- 2.3. Solo en la vía auditiva izquierda nos encontramos a niños con disfasia con diversas anomalías, aunque igualmente el ítem de la escala que difiere significativamente es el que hace referencia al Repliegue Autista (Gráfico – 5):
 - I-III: 16,31 frente a 10,59; $p = 0,06$.
 - III-V: 16,50 frente a 10,50; $p = 0,05$.
 - I-V: 16,78 frente a 10,74; $p = 0,05$.

CONCLUSIÓN

1. Las alteraciones neurofisiológicas originarían una disfunción de los sistemas cerebrales implicados en el procesamiento de la información sensorial con alteración, igualmente, de la atención dirigida.
 2. La alteración en los PEAT se da igualmente en el trastornos autista, aunque parece que con menor frecuencia.
 3. Dependiendo de la vía alterada y del nivel de ésta se traduciría en una mayor o menor gravedad en la expresión psicopatológica (interacción).
 4. Según se desprende de nuestra investigación las alteraciones más importantes sobre la interacción se presentan cuando las anomalías aparecen en la vía derecha.
 5. La no presencia de alteración en un momento dado no excluye que no haya existido con anterioridad, debido a la desaparición progresiva con el desarrollo.
-

REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE DIAGNÓSTICO Y ALTERACIONES
NEUROFISIOLÓGICAS

Gráfico – 1: Alteración en la disfasia y autismo

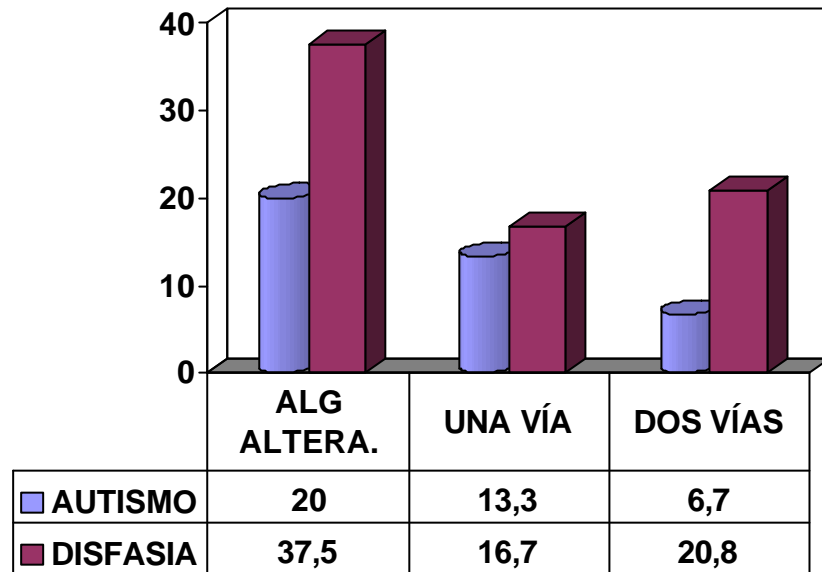


Gráfico – 2: Interlatencias en vía derecha

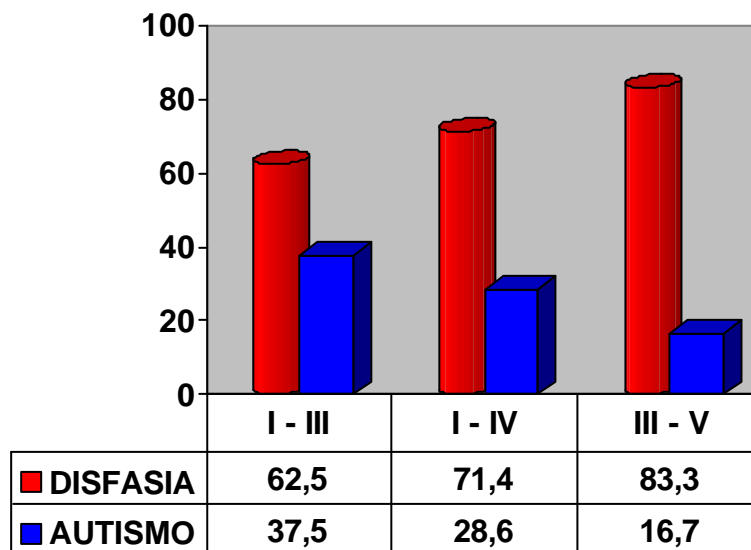
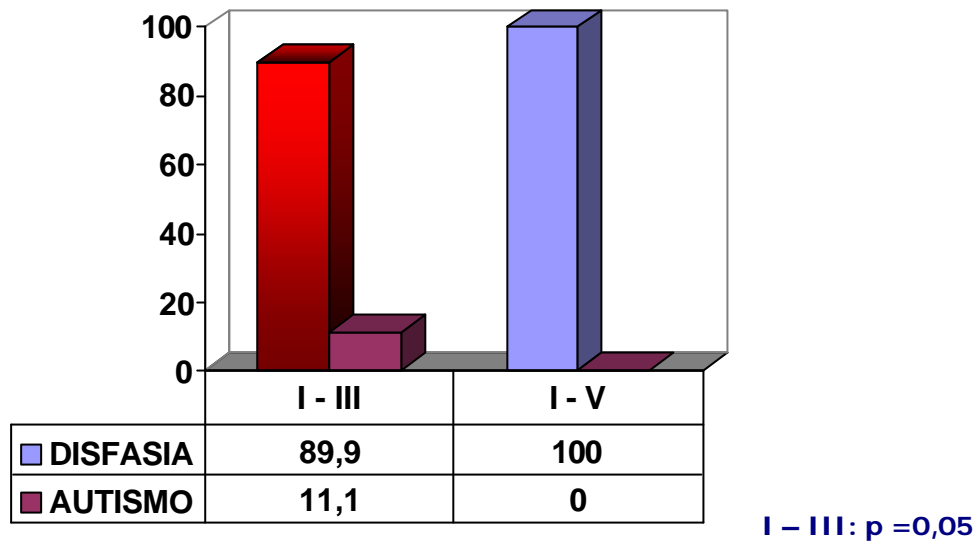
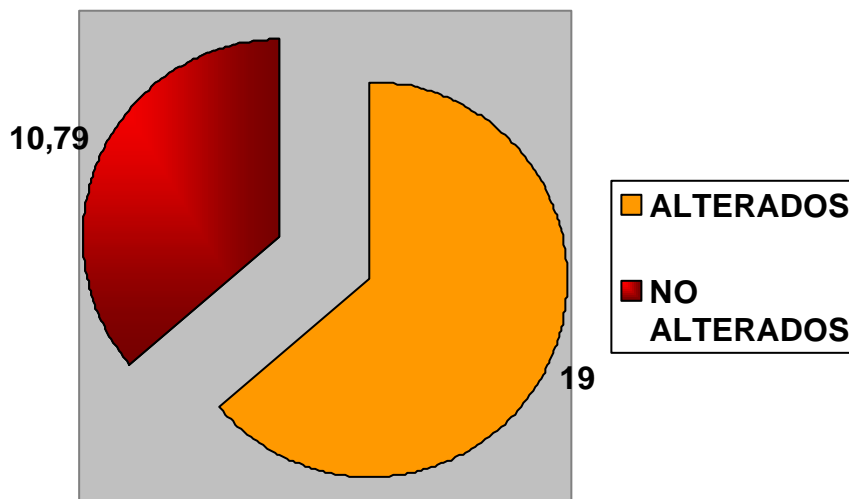


Gráfico – 3: Interlatencias vía izquierda



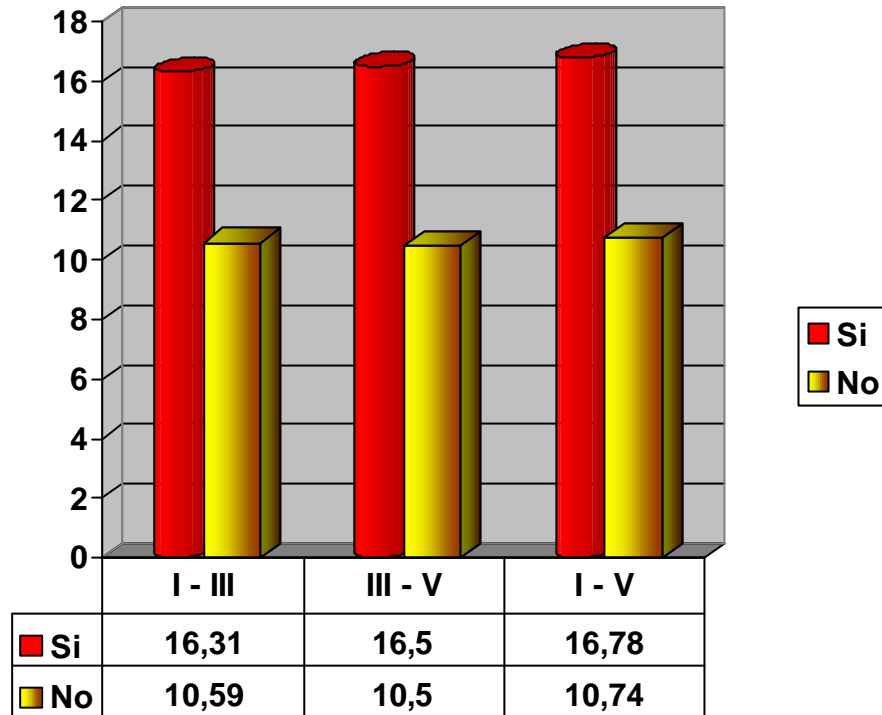
REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE PSICOPATOLOGÍA Y ALTERACIONES NEUROFISIOLÓGICAS

Gráfico – 4: Niños con disfasia que presentan anomalías frente a los que no la presentan (Puntuación en Repliegue Autista): En todas las interlatencias en VIA DERECHA:



p = 0,01

Gráfico – 5: Repliegue Autista y alteraciones neurofisiológicas en vía izquierda (distintas interlatencias)



I – III: $p = 0,06$

III – V: $p = 0,05$

I – V: $p = 0,05$

BIBLIOGRAFÍA

BRAUN CMJ. (2000). Neuropsychologie du développement. Flammarion. Paris.

DIAZ ATIENZA, J et cols (1999). Alteraciones neurofisiológicas y psicopatología en el trastorno autista y en el trastorno mixto del lenguaje receptivo – expresivo. An. Psiquiatría, 15 (4): 173 – 179.

DIAZ ATIENZA, J et cols (1998). Neurophysiologic Abnormalities in Developmental Dysphasia and response to CDP – Choline. Advances in Therapy, 15 (1): 8 – 13.

DUGAS (1983). Les troubles sévères du développement du langage. Journées d'Enseignement et actualités neurologiques. Sidem Edit. Paris.

SPREEN, O et cols (1995). Developmental Neuropsychology. Oxford University Press. Oxford.

TEMPLE, CH. (1998). Developmental Cognitive Neuropsychology. Psychology Press, . UK.

APÉNDICE - I: ESCALA ERC III-A

CUESTIONARIO ERC III – A
UNIDAD DE SALUD MENTAL INFANTO – JUVENIL (ALMERÍA)
Adaptación española: Joaquín Díaz Atienza

I) REPLIEGUE AUTISTA	1	2	3	4
1. Busca el aislamiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ignora a los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Interacción social insuficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mirada inadecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II) PROBLEMAS EN COMUNICACIÓN				
1. No se esfuerza en comunicarse a través De la voz y la palabra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Dificultad en comunicarse a través de los gestos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Emisiones vocales o verbales estereotipadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III) REACCIONES EXTRAÑAS AL ENTORNO				
1. Falta de iniciativa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Problemas de conducta en la utilización de objetos: juguetes, muebles...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Intolerancia al cambio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV) ALTERACIONES DE LA MOTILIDAD				
1. Actividad sensorio – motriz estereotipada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Agitación, turbulencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Mímica, posturas marcha extrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V) REACCIONES AFECTIVAS INADECUADAS				
1. Autoagresividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Heteroagresividad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Signos pequeños de ansiedad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Alteraciones del humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI) ALTERACIÓN DE LAS GRANDES FUNCIONES INSTINTIVAS				
1. Alteración de la conducta alimentaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII) ALTERACIÓN DE LA ATENCIÓN, DE LA PERCEPCIÓN Y DE LAS FUNCIONES INTELECTUALES				
1. Dificultad en la fijación de la atención	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Oye cosas extrañas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>