



Trabajo de Fin de Grado

**Trastorno del Espectro Autista: características
lingüísticas y alteraciones pragmáticas**

Autora: Ana Isabel Sánchez Vega

Tutor: Juan Pablo Mora Gutiérrez

Dpto.: Lengua Española, Lingüística y Teoría de la Literatura

2017/2018

Índice

Introducción	3
1. Aproximación al TEA: Perspectiva histórica de los conceptos	5
2. TEA: caracterización.....	6
2.1. Presentación y polémica del DSM-V.....	7
2.2. Rasgos generales.....	9
2.3. La comorbilidad en el TEA.....	10
2.4. Epidemiología.....	11
2.5. Nivelación del TEA	12
3. El desarrollo del lenguaje en el TEA.....	14
3.1. Trastorno de la Comunicación Social y TEA	15
3.2. Categorización del lenguaje en el TEA	16
3.3. Alteraciones en el lenguaje TEA	18
3.4. Aspectos pragmáticos	20
4. Conclusiones.....	27
Anexos.....	29
Bibliografía.....	38

Introducción

El presente trabajo queda enmarcado dentro del Grado de Filología Hispánica de la Universidad de Sevilla. En él se realizará un estado de la cuestión sobre las características y nociones principales del Trastorno del Espectro Autista (TEA) con el fin de analizar las bases sobre las que se asienta el lenguaje de las personas autistas.

En el apartado 1 se efectúa un recorrido histórico de los principales términos del espectro autista, además de la concepción que se ha ido teniendo de estos desde que se acuñaron.

El apartado 2 aborda la caracterización del TEA, abriéndose (2.1) con la presentación de uno de los manuales más relevantes en la categorización de los desórdenes mentales (DSM). Con la aparición de su última edición (DSM-V) la clasificación del autismo cambia, no solo en cuestión de criterios, sino también de nomenclatura.

Este apartado 2.1, complementa el apartado anterior (1) en la concepción evolutiva y variable que tiene el Trastorno del Espectro Autista, con el propósito de delimitarlo y definir siempre sus fronteras de la manera más concreta y certera posible. Sin embargo, esta tarea no se puede basar en unos criterios rígidos, por el contrario estos cambian, asociándose a nuevas teorías que responden mejor a las cuestiones y que se adaptan de una manera más certera a las necesidades del espectro.

Por otra parte, el resto del apartado 2 expone los rasgos que cimentan el TEA, además de aspectos que lo complementan tales como la comorbilidad, la prevalencia estadística del trastorno en la población o la nivelación de los grados de gravedad que este presenta dentro del *continuo autista*.

Al tratarse de un trabajo de lingüística aplicada a una patología, las nociones lingüísticas y de investigación aprendidas durante el grado se asientan en una presentación previa del tema, sobre el cual se ha pretendido aportar unas nociones mínimas.

En el apartado 3 se concentran ya con mayor concreción los planteamientos sobre el lenguaje de las personas con TEA. Aquí se pretende proporcionar un contenido especializado en torno a las capacidades lingüísticas del espectro, hablando de los distintos grados que existen y de las diversas alteraciones que le afectan. Y, haciendo una mayor profundización en el plano pragmático por ser la alteración lingüística más generalizada en estas personas, además de la que afecta tanto a la vertiente comunicativa como a la social del lenguaje.

Debemos mencionar igualmente el apartado 3.1 que trata de una patología que aparece por primera vez en el DSM-V: el Trastorno de la Comunicación Social. Resulta conveniente hablar sobre este trastorno que asienta sus fronteras en un terreno muy cercano al Trastorno del Espectro Autista, delimitando las diferencias entre ambos de cara a un posterior análisis riguroso del lenguaje autista.

Para completar, al final del trabajo se pueden encontrar unos anexos que suponen material suplementario de la información expresada en estas páginas, habiéndose incluido en el corpus central del trabajo solo dos figuras por resultar muy significativas.

El interés de este trabajo radica en un ámbito académico-profesional, ya que se trata de una patología con gran transcendencia en los últimos años. Esto es debido a que, entre otras razones, la concepción del TEA como trastorno diferenciado es relativamente novedosa lo que ha llevado a los profesionales de este campo a una búsqueda de la delimitación de sus criterios diagnósticos y características principales de la forma más certera posible.

Pero también esta relevancia reside en el hecho de como por medio de la investigación de las alteraciones lingüísticas autistas se puede conseguir un mejor trabajo en ellas por parte de las personas del espectro, lo que se encuentra directamente relacionado con una mejora en sus habilidades sociales.

La elección y desarrollo de este trabajo, relativo a la lingüística clínica, se vio complementado por lo estudiado en la asignatura Temas de Lingüística General el año pasado, en la que junto a unos compañeros comenzó el contacto y profundización en esta patología.

Así, otro de los motivos de la elección de esta área de estudio era por la posibilidad de aplicar y desarrollar habilidades lingüísticas fuera del campo de la filología, abriendo el territorio de estudio a otras ciencias y multiplicando las posibles futuras investigaciones. Este trabajo persigue aportar una caracterización lingüística que beba de las bases teóricas de la Filología Hispánica pero aplicadas a un área psicológica, estrechando lazos de cooperación entre ambas. Además, dicho estudio supone un puente entre las *Ciencias y Humanidades*, que habitualmente se suponen divergentes.

1. Aproximación al TEA: perspectiva histórica de los conceptos

“Autista: del latín científico *autismus*, y este del griego *autós* ‘uno mismo’”.¹

En este apartado nos disponemos a realizar un recorrido histórico por los conceptos del trastorno del espectro autista. Para ello haremos uso de diferentes fuentes bibliográficas con el fin de crear un cuadro histórico más o menos homogéneo, que tenga en cuenta la evolución y relación de dichos términos desde que se acuñaron.

Fue el psiquiatra suizo Eugen Bleuler (1857-1939) el primero en utilizar el término “autista” en el año 1911, asociándolo a un tipo de psicosis esquizofrénica (Garrabé de Lara, 2012:257). No obstante, no sería hasta 1943 cuando Leo Kanner (1896-1981) emplearía el término² “autismo infantil precoz” para definir un trastorno diferente y ya sin relación con los esquizoides.

Hans Asperger (1906- 1980) describiría en 1944, por primera vez, lo que décadas más tardes se conocería como “Síndrome Asperger”. En su estudio “Autistic Psychopathy in Childhood” él hablaba de “psicopatologías autistas” haciendo referencia a una serie de rasgos, vinculados a la desadaptación social y a ciertos desórdenes de la personalidad, observados en un centenar de niños que habían sido tratado en la clínica en la que trabajaba.

¹ Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). Consultado en <http://dle.rae.es/>

² En su artículo titulado “Autistic Disturbances of Affective Contact” (1943).

Las características psicopatológicas expuestas por Leo Kanner eran mucho más severas que las descritas por Hans Asperger. Aunque ambos compartían rasgos tales como una interacción social escasa, desarrollo de gustos por temáticas focalizadas y problemas en la comunicación interpersonal, el diagnóstico de Asperger hacía referencia a pacientes con un mayor nivel cognitivo y lingüístico que el de Kanner (Attwood, 2007: 5).

Así, durante décadas, la caracterización de Asperger fue usada para aludir a personas autistas con altas capacidades cognitivas y lingüísticas. No fue hasta 1981³ cuando la psiquiatra Lorna Wing (1928-2014) empezó a utilizar el término *síndrome de Asperger* (SA) como categoría de diagnóstico diferenciada (aunque dentro del espectro autista) tras estudiar a una serie de niños que pese a tener las características propias del autismo sí desarrollaban un lenguaje fluido y una cierta sociabilización. Wing realizó diversas investigaciones junto a la también psiquiatra Judith Gould. Del trabajo de ambas nacería el concepto “trastorno del espectro autista” (TEA), el cual es utilizado en la actualidad para hacer referencia a este trastorno.

Hay otros investigadores como Gillberg, Szatmari o Tantam, que llevan a cabo sus trabajos en las décadas de los ochenta y de los noventa, a los cuales se ha de hacer referencia por su relevancia en los estudios del TEA. Además, es en este período, una vez alejados de la consideración de trastorno esquizofrénico o psicótico⁴ que se le daba al autismo durante los años 50 y 60, cuando los términos que aluden al TEA se van fijando, aunque también sufren diversas modificaciones en pos de conseguir una acotación de este lo más certera posible que facilite su diagnóstico.

2. TEA: caracterización

“Describiré un tipo de niños particularmente interesante y altamente reconocible”

³ La psicóloga estadounidense Uta Frith redescubre las teorías de Hans Asperger. En 1981 las traduce al inglés, gracias a lo cual comienzan a ser conocidas y exploradas por expertos en la materia autista como Lorna Wing.

⁴ “El término psicosis quedó relegado a un concepto que incluía síntomas y conductas que se expresan como delirios, alucinaciones, lenguaje incoherente o conducta catatónica. Estos síntomas quedan restringidos dentro de la categoría de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.” (Artigas, 1999: 18).

Hans Asperger (1991: 37).

En este apartado realizaremos un recorrido por los principales aspectos que conforman el Trastorno del Espectro Autista. Es comenzará con la presentación del manual clínico que contiene los criterios de diagnóstico del TEA que se seguirán a lo largo del trabajo. Además, también en esta sección también se abordarán aspectos claves para la comprensión del trastorno como son caracterización, comorbilidad, epidemiología y gradación.

2.1. Presentación y polémica del DSM-V

El DSM es un manual de diagnóstico de trastornos mentales. No obstante, existen otros que gozan de una mayor proyección temporal y de una notoriedad parecida, como el CIE (Convenio Internacional de Enfermedades), elaborado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) con el fin de unificar criterios. Paralelamente, podemos encontrar una serie de entrevistas clínicas para el diagnóstico de personas TEA que establecen sus propios criterios de evaluación y definición, como es el ADI-R (Autism Diagnostic Interview), el ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule) o el ASSQ (The high-functioning Autism Spectrum Screening Questionnaire) elaborado por Ehlers, Gillberg y Wing en el año 1999. Sin embargo, el DSM es uno de los manuales con mayor aceptación y relevancia dentro del diagnóstico clínico. Es seguido, casi con unanimidad, por la mayoría de la literatura científica y autores para la clasificación del TEA, albergando por ello una gran significación. Igualmente, este trabajo seguirá las pautas del DSM-V en su caracterización y concepción del trastorno del espectro autista.

Así, el DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) elaborado por la APA (American Psychiatric Association) es un sistema de clasificación, descripción y sintomatología para la valoración de trastornos mentales, cuya labor es homogenizar criterios para facilitar una valoración lo más precisa posible por parte de los profesionales.

Desde su primera edición (el DSM-I) en 1952, se han publicado cuatro más, con diversas versiones cada una de ellas. En este respecto, el DSM-III merece una mención

especial por suponer un punto de inflexión en la concepción del TEA, separándolo definitivamente de la psicosis infantil.

En esta línea, el DSM-V salió a la luz en mayo de 2013 generando una gran polémica en torno a su diagnóstico del TEA debido a las variaciones que plantea respecto a la edición anterior. Tanto el DSM-IV (1994) como su versión revisada, el DSM-IV-TR (2002), presentan al SA como un subgrupo dentro del TEA. A diferencia de esto, entre los cambios introducidos por el DSM-V se encuentra la disolución de los conceptos *Síndrome de Asperger*, *Trastorno Autista* y *Trastorno Desintegrativo de la Infancia* para incorporarlos dentro del *Trastorno del Espectro Autista*, que a su vez está inmerso en los llamados *Trastornos del Desarrollo Neurológico* (Rodríguez Muñoz, 2017: 250).

El DSM-V hunde sus raíces en el trabajo de, las ya mencionadas, Lorna Wing y Judith Gould. Ellas establecen una “triada de alteraciones”⁵ que recoge las principales características distintivas del TEA: problemas en las relaciones sociales, alteración en la comunicación y lenguaje e intereses restringidos a ciertos aspectos. No obstante, no todos los pacientes presentan el mismo grado de afectación, lo que da lugar a una visualización del TEA como un continuo que recoge desde los casos más leves hasta los más graves. Esto fue denominado *continuo* o *espectro autista*. Es de esta manera como el DSM-V, basado en los preceptos del continuo autista, propone una única etiqueta (TEA) que elimina los subgrupos subyacentes en esta categoría.

Al mismo tiempo, el DSM-V modifica la catalogación de la triada de alteraciones de Wing y Gould, reduciendo su número a dos:⁶ (1) déficit social y comunicativo e (2) intereses fijos y comportamientos repetitivos. Como podemos apreciar, ninguna de las características de la triada ha desaparecido, lo que ha ocurrido es que el aspecto social y el comunicativo se han visto agrupados en un mismo punto. Ya que los déficits en la comunicación y en el comportamiento social son inseparables, afectando el uno al otro. Además, las alteraciones lingüísticas no definen el diagnóstico del TEA por sí mismas, aunque sí es un factor influyente (Martos, 2012: 25 y 26).

⁵ ANEXO I, figura de la triada de Wing.

⁶ ANEXO II, evolución DSM-IV al DSM-V en la caracterización TEA.

2.2. Rasgos generales

López y Rivas (2014: 17) definen el TEA como una perturbación grave y generalizada en diversas áreas del desarrollo que puede estar asociado a algún tipo de retraso mental. Se presenta normalmente desde la infancia temprana⁷, desarrollándose una alteración al menos en una de estas áreas: juego simbólico, comunicación social o lenguaje. No obstante, se puede dar la circunstancia de que el contexto comunicativo en el que el niño se ha desenvuelto haya sido poco exigente⁸, por lo que el TEA no se manifestará hasta que las demandas sociales se vuelvan más complejas (Rodríguez Santos, 2016: 10).

No se trata de un trastorno con patrones rígidos, por el contrario, la sintomatología autista resulta muy variada aunque existen dos rasgos considerados constantes y comunes y que proceden de la reagrupación de la triada de Wing: comportamiento repetitivo y comunicación social. De esta forma, el TEA es considerado como un área en la que confluyen ambas alteraciones (Baron-Cohen, 2010: 34):



FIGURA 1.1. El espectro autista como intersección en la que se ubican aquellos individuos que muestran ambos rasgos.

⁷ La sintomatología autista suele aparecer durante los tres primeros años de edad (Wing, 1998: 38).

⁸ “Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida” (APA, 2013: 82).

La primera de ellas, la *alteración en el desarrollo sociocomunicativo*, se fundamenta en una comunicación no verbal deficitaria con un contacto visual inexistente o muy esporádico. Debido a esto se pierde gran parte de la información de los estados mentales del interlocutor que pueden ser leídas en el rostro.

Así mismo, la producción de expresiones faciales suele reducirse a las que denotan alegría o enfado, en casos severos, o a expresiones desmesuradas y artificiales pero que abarcan una mayor gama de emociones, cuando el grado de TEA es más leve. Los gestos, por lo tanto, también se ven limitados a manifestaciones de carácter esporádico.

Por su parte, la reciprocidad emocional se materializa con una apocada expresividad. Esto se ve relacionado con el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales, restringidas en algunas ocasiones a los cuidadores y, en el caso de sujetos de grado 1, a unos pocos pero buenos amigos con los que comparten intereses comunes.

Las *estereotipas o patrones restrictivos de intereses y actividades* es el otro de campo de afectación del TEA. Estas pueden manifestarse de diversas formas, variando según el grado de autismo de la persona. Esta alteración recoge comportamientos repetitivos, algunos de ellos ritualizados y con un apego a la rutina no convencional, que se ven impulsados por la poca flexibilidad cognitiva del TEA, intereses de gran intensidad focal e hipo/hiper-reactividad a estímulos contextuales.

Frente al par mencionado existe una serie de características que no son específicas de este trastorno pero que se vinculan a este con frecuencia: capacidades motoras perjudicadas, competencia intelectual afectada, lenguaje particular o ciertas respuestas sensoriales, son una muestra de ellas. Otras veces, estas características están asociadas a otros trastornos presentes en el paciente y que pueden no estar diagnosticados.

2.3. La comorbilidad en el TEA

No debemos olvidar otro factor relevante como es la *comorbilidad*,⁹ es decir, la presencia junto al TEA de otros trastornos que afectan en mayor proporción a pacientes de este trastorno que a la población en general. Esta circunstancia dificulta establecer un diagnóstico diferencial. Por una parte, las sintomatologías principales de los trastornos se entrelazan. Además, los problemas comunicativos de las personas con TEA dificultan que estas puedan informar sobre su propio estado o experiencias internas (Martínez Martín et al, 2012: 51).

A las personas con TEA se les atribuye unos índices muchos más altos de los habituales de ansiedad, depresión, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), epilepsia, trastorno bipolar, trastornos del sueño, trastornos de tic, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno del desarrollo de la coordinación, trastorno de la personalidad esquizoide, trastornos alérgicos o incluso irregularidades metabólicas.

Asimismo, el hecho de que dichos trastornos tengan una mayor prevalencia en personas con TEA conlleva a que estas tengan una predisposición superior a sufrir comorbilidad. Además, estos trastornos pueden potenciar el grado de intensidad con el que se experimentan las alteraciones básicas del TEA. Rafaela Caballero (2012: 23) citando a Digby Tantam establece una relación entre la ansiedad en estos pacientes y el aumento de conductas ritualizadas, TOC y evitación social.

2.4. Epidemiología

La prevalencia global puede variar considerablemente según cada estudio. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos fija los casos de autismo en 1 de cada 68 niños a los 8 años (Rodríguez Santos, 2016: 20), mientras que otros estudios apuntan a una cifra más moderada. Tal es el caso de la Organización Mundial de la Salud que establece el cálculo en 1 de cada 160 niños (OMS, 2017). Sin embargo, atendiendo a las palabras de Ana Martínez (2013: 9), en 2005 un estudio¹⁰

⁹ Ver **ANEXO V**.

¹⁰ Chakrabarti y Fombonne, (2005).

realizado en los Estados Unidos advertía de que la incidencia en América y Europa era de 6 por 1000.

Como vemos, los valores cambian de una investigación a otra dependiendo también de los criterios diagnósticos que se apliquen, aun así, estos permiten percibir la elevada regularidad que este trastorno alcanza.

Las cifras también varían si hablamos de género. En los chicos el número gira en torno a 1 de 42 sujetos, mientras que en las chicas los casos parecen menos frecuentes ascendiendo a 1 de cada 189. Como podemos ver, el trastorno se da con menor asiduidad en el género femenino. Hay autores como Ehlers y Gillberg (1993) que hablan de 1 mujer por cada 4 hombres, no obstante, hay otros como Rutter (1985) que establecen el cómputo en 1 por cada 10 (Martos et al, 2012: 41).

2.5. Nivelación del TEA

Como ya hemos dicho, el *continuo autista* acoge distintos niveles dentro del TEA siendo la heterogeneidad de este trastorno muy amplia. El DSM-V mide esta heterogeneidad en tres niveles de gravedad siendo el grado 1 el más severo, seguido de un segundo grado para niveles intermedios y dejando el tercero para los casos que revisten mayor levedad. Además, esta gradación tiene como base las dos áreas básicas del TEA: comunicación social y comportamientos focalizados.

En la siguiente tabla podemos encontrar de forma esquemática la gradación y las distintas condiciones que han de darse para atribuir a un sujeto a un nivel determinado de TEA (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013: 34 y 35):

Niveles de gravedad del trastorno del espectro del autismo

Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 3 "Necesita ayuda muy notable"	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona con pocas palabras inteligibles que raramente inicia interacción y que, cuando lo hace, realiza estrategias inhabituales sólo para cumplir con las necesidades y únicamente responde a aproximaciones sociales muy directas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 2 "Necesita ayuda notable"	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda <i>in situ</i> ; inicio limitado de interacciones sociales; y reducción de respuesta o respuestas no normales a la apertura social de otras personas. Por ejemplo, una persona que emite frases sencillas, cuya interacción se limita a intereses especiales muy concretos y que tiene una comunicación no verbal muy excéntrica.	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción.
Grado 1 "Necesita ayuda"	Sin ayuda <i>in situ</i> , las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y ejemplos claros de respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tiene poco interés en las interacciones sociales. Por ejemplo, una persona que es capaz de hablar con frases completas y que establece comunicación pero cuya conversación amplia con otras personas falla y cuyos intentos de hacer amigos son excéntricos y habitualmente sin éxito.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividades. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.

A esta nivelación hay que sumarle una serie de especificaciones variables (Rodríguez Santos, 2016: 17-19):

- Acompañado, o no, de discapacidad intelectual.
- Acompañado, o no, de trastornos del lenguaje: limitación en el vocabulario, las oraciones o el discurso, comprensivo o expresivo.
- Asociado a otro trastorno del neurodesarrollo, mental o del comportamiento, como el trastorno por déficit de atención/hiperactividad, el trastorno Oposicionista/Desafiante u otros.

Estas variables dan forma y acotan el TEA, definiendo los posibles perfiles que oscilan dentro de un mismo trastorno aunque, como vemos en el último punto y en el apartado de la comorbilidad, pueda estar asociado a otros acogiendo entonces características relativas a ellos.

3. El desarrollo del lenguaje en el TEA

En este punto nos detendremos en la concepción del TEA como un *continuo lingüístico* que alberga diferentes niveles de capacidad comunicativa, desde el déficit hasta las alteraciones de carácter más leve, desterrando así el binomio “habla”-“no habla” del espectro.

Dentro del continuo, este trabajo sentará sus bases en los pacientes con habilidades lingüísticas orales, acudiendo a diferente bibliografía con un afán de delimitar y definir las distintas alteraciones que las personas con TEA recogen en su lenguaje, deteniéndonos en las de carácter pragmático. Es por ello, que este análisis lingüístico de las personas con TEA parte de la una delimitación entre esta patología y la del Trastorno de la Comunicación Social, los cuales comparten características en déficits pragmáticos.

Ya Leo Kanner identificó las deficiencias lingüísticas de los pacientes con TEA en su estudio de 1943 por su evidencia. En esta línea, una de las primeras señales que ponen sobre aviso a padres o educadores de una posible disfuncionalidad suelen estar relacionadas con el desarrollo lingüístico-comunicativo en la niñez. A los 18 meses la población infantil neurotípica suele pronunciar sus primeras palabras, confundiéndose en primeras instancias la falta de sensibilidad al lenguaje¹¹ o el retraso en su adquisición con algún tipo de dificultad auditiva, dificultando el reconocimiento del espectro. Conjuntamente, una vez obtenido, un tercio de los niños con TEA experimentan una regresión de sus capacidades lingüísticas, aun en momentos tempranos del desarrollo.

Las alteraciones lingüísticas juegan un papel importante en los primeros estados de desarrollo del niño TEA, propiciando en muchas ocasiones un primer paso hacia al diagnóstico. La comunicación interpersonal es uno de los dos pilares que define el trastorno del espectro autista, lo que supone unas características propias y bien definidas pese a la heterogeneidad de niveles que este presenta. Debido a ello, Isabel y Marc Monfort (2009: 53) niegan la afirmación de otros investigadores que asocian las propiedades lingüísticas de las personas TEA únicamente a la comorbilidad con otros trastornos, en este caso del lenguaje.

¹¹ Ver **ANEXO VI**, sobre el desarrollo del lenguaje en niños TEA.

3.1. Trastorno de la Comunicación Social y TEA

Hans Asperger y más tarde Lorna Wing, con mayor concreción, definieron el SA como parte del espectro autista compartiendo características con pacientes de este espectro pero atesorando capacidades lingüísticas y cognitivas más altas. De esta manera, con la eliminación del concepto de SA en el último manual de la APA, por no tener “síntomas clínicos patognomónicos, es decir, exclusivos” (Martos et al, 2012: 25), este se ve integrado dentro del TEA correspondiendo al grado 1 de gravedad, el más leve. Esto ocurrirá siempre y cuando la persona cumpla con las alteraciones especificadas tanto en el área de comunicación social y como en el de comportamiento.

En otros casos, cuando el patrón conductual no se cumple, las personas que con anterioridad fueron diagnosticadas como SA no pasarían a integrarse dentro del TEA sino en el llamado *Trastorno de la Comunicación Social (TSC)*.¹² Este se encuentra clasificado fuera de los trastornos del desarrollo neurológico, incluyéndose en los referentes a la comunicación. El TSC sienta sus bases diagnosticas en la disfuncionalidad pragmática que conllevan “limitaciones funcionales en la eficacia comunicativa” (González Blanco, 2015: 1). Este trastorno aparece por primera vez como una patología diferenciada en las clasificaciones internacionales en el DSM-V.

En esta línea, Francisco Rodríguez Santos (2016: 20) expone que una de las diferencias comunicativas más relevantes entre el TEA y el TSC radica en el hecho de que las personas autistas no intentan suplir sus déficits lingüísticos con gestos, señales, expresiones faciales u onomatopeyas, mientras que las personas con TSC, sí.¹³

En el DSM-IV se marcaba que la diferencia entre el TEA y el SA estaba basada en las capacidades lingüísticas/comunicativas y cognitivas (Martos et al, 2012: 35). Es por ello que con la nueva catalogación del DSM-V, parte de las personas diagnosticadas como asperger se reconducen hacia el TSC y otras hacia el TEA, dependiendo de si se cumple o no la alteración relativa al comportamiento. Resulta de especial relevancia demarcar estos

¹² Ver **ANEXO IV** con las características de TSC recogidas en el DSM-V.

¹³ “El TSC normalmente no está asociado con una comunicación no verbal anormal, ni con una presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades restringidos o repetitivos” (APA, 2014: 58).

conceptos ya que en el área lingüística el TEA de grado 1 y el TSC son sumamente semejantes en sus disfuncionalidades pragmáticas, diferenciándose en gran medida en el uso de la gestualidad y en el área del comportamiento.

3.2. Categorización del lenguaje en el TEA

Como se puede apreciar a lo largo del trabajo, el espectro autista no posee un conjunto cerrado de patrones en ninguno de sus aspectos. Lingüísticamente, este atesora un panorama muy diverso compuesto por distintos niveles de comprensión y producción del lenguaje. Un gran porcentaje de niños con TEA (casi siempre asociado a alguna discapacidad intelectual) no accede al lenguaje oral estructurado. Dentro del grupo que sí registra habla encontramos una gama variada y no clasificable dentro de unos rasgos fijos.

De esta forma, el *continuo autista* se aplica igualmente en las capacidades de comunicación, recogiendo desde un grado leve de alteraciones hasta grados en el que el sujeto con TEA diverge del lenguaje y de sus manifestaciones. En este respecto, Ángel Rivière realiza en 1997 una clasificación en la que se recogen distintos niveles de dificultades comunicativas autistas (Martínez Martín, 2012:43; Rivière, 1997, 17):

El primer estrato de esta clasificación está compuesto por aquellas personas que tienden a ignorar el lenguaje, presentando un mutismo total o completo y desatendiendo prácticamente la totalidad de los estímulos comunicativos que les son dirigidos.

El segundo nivel alberga a personas que, en palabras de Rivière, son capaces de asociar ciertos enunciados verbales con una conducta determinada y además de entender y seguir órdenes precisas que no revistan mucha complejidad. En este sentido, hay que recalcar que el seguimiento del mandato se produce más por cuestiones asociativas que por un procesamiento del lenguaje que induzca comportamientos. Así, en esta categoría el lenguaje se reduce a la emisión de ciertas palabras sueltas y a ecolalias¹⁴, es decir, a la repetición involuntaria de frases o palabras que estas personas han escuchado a otras, no necesariamente de su entorno.

¹⁴ Resulta interesante la etimología de este término médico, que atendiendo al DLE de la RAE procede del latín científico *echolalia*, y este del griego ἠχώ *ēchō* 'eco' y -λαλία *-lalia* 'habla'.

El siguiente grado ya implica un procesamiento psicolingüístico incipiente, que se aleja de la asociación de sonidos a acciones, comenzando a entender y a analizar el plano estructural de los enunciados. Esto no significa que las personas en este nivel sean capaces de entender el discurso en su totalidad, ya que el procesamiento es todavía excesivamente literal y rígido. Así pues, el lenguaje elaborado se caracteriza por muestras de lenguaje formal con espontaneidad pero sin llegar a conformar ningún tipo de discurso o conversación prototípica.

La última categorización está configurada por aquellas personas que llevan a cabo un entendimiento y análisis del discurso y que son capaces de mantener diálogos naturales. Sin embargo, ninguna de las categorizaciones que Rivière realiza sobre el lenguaje autista está exenta de rasgos en los que la comunicación quede pormenorizada por alguna dificultad. En este nivel, las personas con el trastorno del espectro autista poseen alteraciones aunque de carácter sutil en la prosodia del lenguaje (problemas en la pronunciación o acentuación de las palabras), o sufren conflictos en la interpretación de los usos no literales de las palabras (metáforas, ironía, bromas, dobles sentidos o sarcasmo entre otras).

Como podemos ver, solo las dos últimas categorías ostentan lenguaje oral consciente y configurado por el paciente. El resto o no es un lenguaje de carácter espontáneo como en el segundo nivel, fruto de la involuntariedad, o es prácticamente inexistente como en el primero. No obstante, de todos ellos es el último en el que nos centraremos para el estudio de la comunicación en personas TEA por ser el único que manifiesta una capacidad comunicativa dialogada y natural, pese a algunas alteraciones.

En este respecto y dentro de esa última categoría o nivel, Antonio Benítez Burraco (2008: 40) cita a Rapin y Dunn¹⁵ demarcando la existencia de dos subtipos de sujetos autistas con capacidades lingüísticas y su relación con los planos gramaticales¹⁶:

¹⁵ Rapin et al (2003).

¹⁶ La gramática atiende en su estudio diferentes niveles: sintáctico-morfológico, léxico-semántico, fonético-fonológico y nivel pragmático.

El primero concierne a aquellos que tienen un desarrollo estándar en los planos fonológicos, léxico, morfológico y sintáctico del lenguaje, al igual que lo tendría una persona neurotípica, pero con ciertas afectaciones de carácter pragmático-semántico.

El segundo grupo corresponde a las personas con TEA que presentan un trastorno en el lenguaje que no atañe de manera exclusiva a los componentes pragmáticos. Así, estos individuos tendrían carencias leves en determinadas áreas relativas al procesamiento fonológico y léxico. Sin embargo, las alteraciones se pronunciarían al realizar operaciones sintáctica y semántica de un mayor nivel. En materia de dificultad articulatoria, este subgrupo queda exento no apreciándose ningún caso significativo.

3.3. Alteraciones en el lenguaje TEA

El lenguaje oral suele estar caracterizado por determinadas alteraciones que moldean y configuran la comunicación de la persona autista. En esta dirección, Artigas (1999: 119) cita a Rapin (1997), quien con el fin de definir los diferentes disfuncionalidades lingüísticas de las personas autistas, realiza una catalogación con los principales trastornos en su lenguaje:

- *Agnosis auditiva verbal*: La agnosis representa una incapacidad en la descodificación lingüística por vía auditiva. Pese a esto, el paciente tampoco muestra interés por la comunicación no verbal. Así, las interacciones que se dan con personas de su entorno se basan en la concepción de esta como un objeto más mediante el cual poder satisfacer sus necesidades.
- *Síndrome fonológico-sintáctico*: Esta alteración del lenguaje muy usual entre autista y neurotípicos. La sintomatología de este síndrome se muestra a través de pobreza semántica y gramatical y con una vocalización deteriorada que provoca problemas de inteligibilidad. Además, también se observan indicios de una comprensión alterada.
- *Síndrome léxico-semántico*: Este se caracteriza por la dificultad para evocar la palabra necesaria para una idea o concepto. Igualmente, va asociado a

problemas de índole pragmática por lo que las fronteras con el síndrome semántico-pragmático están difusas.

- *Síndrome semántico-pragmático*: La alteración pragmática está sujeta a un gran interés debido a que más allá del déficit lingüístico, esta se basa en dificultades en el uso social del lenguaje, entroncando directamente con las dificultades sociocomunicativas propias de los TEA.
- *Mutismo selectivo*: Las personas con este trastorno poseen un lenguaje totalmente capacitado, no obstante, en determinadas situaciones y contextos no hacen uso de él.
- *Trastorno prosódico*: Gillberg (1989) dota de gran relevancia a este aspecto, incluyéndolo dentro de sus criterios diagnósticos para posibles personas con TEA. Esta alteración está relacionada con la entonación (en ocasiones engolado, o excesivamente chillón) y el ritmo que se le aplica al lenguaje.

Por su parte, Rodríguez Santos (2016: 23) categoriza también el lenguaje de las personas TEA, atendiendo a unos patrones, más genéricos que los de Rapin, en los que engloba las diversas particularidades de este:

- *Trastorno de los sonidos del habla*: El 15% de niños TEA presentan un retraso del habla en la infancia aunque la mayoría manifiesta una adecuada representación fonológica, codificación de gestos articulatorios y ejecución de órdenes neuromotoras del habla.
Asimismo, 1 de cada 3 niños revela dislalias (dificultad en pronunciar un sonido) por sigmatismo (dificultad para articular los fonemas /s/ o /z/) y rotacismo (dificultad para pronunciar el fonema vibrante).
Dentro de esta categoría también se registran altos índices de anomalías prosódicas y de entonación de la voz, además de dificultades en la acentuación.
- *Vocabulario*: En cuestiones léxicas resulta llamativo el hecho de que la media de los niños neurotípicos para pronunciar sus primeras palabras se establezca entre los 8 y 14 meses, mientras que en los niños con TEA asciende a los 38 meses de edad.

Además, se perciben problemas en el uso de significado de las palabras para la interpretación de lenguaje complejo. Por esto, muchas personas con TEA suelen apoyarse más en la información sintáctica que en la léxica para la descodificación comprensiva de la frase.

Otra de las deficiencias que se observan es en el terreno de los deícticos, pudiendo haber confusiones entre mío/tuyo, aquí/allí o yo/tú, entre otras. Además, en el lenguaje autista es muy frecuente que el sujeto se refiera a sí mismo en tercera persona o por su nombre. Respecto a esto, Artigas (1999: 3) mantiene que el uso de “tú” y “él” en lugar de “yo” para hablar de sí mismo podría corresponder a una forma de ecolalia.

- *Estructura de la frase:* Se han apreciado ciertas dificultades para la adquisición de competencias gramaticales en personas del espectro, tanto en el plano comprensivo como expresivo.

Además, la longitud media de las frases en los pacientes TEA es menor que en personas neurotípicas o con retraso del desarrollo.

- *Discurso y pragmática:* Rodríguez Santos recalca el hecho de que incluso las personas autistas de alto funcionamiento cognitivo registran dificultades en el área pragmática del lenguaje, suponiendo una constante con gran incidencia dentro de este trastorno y no estando asociada por defecto a ningún nivel de destreza mental. Estas carencias dificultan en gran medida el uso social del lenguaje.

3.4. Aspectos pragmáticos

“¿El autismo es un trastorno del afecto, una torpeza de la intuición súbita, de la empatía directa, o más bien de un déficit cognitivo especial, que afecta a mecanismos de inferencia?”

Ángel Rivière y María Nuñez¹⁷

En este apartado abordaremos las características pragmáticas del lenguaje de las personas con TEA. Martos et al (2012: 87) comenta el papel central que juega el lenguaje

¹⁷ Palomo Seldas, 2017: 67

en la comprensión social. En las pruebas estandarizadas del lenguaje a personas autistas se reflejan problemas en la producción formal lingüística pero no de forma generalizada, sino como un déficit que entra dentro de las características heterogéneas que puede albergar el continuo autista. Con mayor asiduidad se registran ciertas dificultades en la comprensión y uso del lenguaje, correspondiendo estas habilidades al ámbito de la pragmática.

Las personas neurotípicas aprenden desde la infancia una serie de preceptos cuya utilidad se basa en adaptar el lenguaje a las demandas sociales. Sin embargo, las personas con TEA fallan en la asimilación de estas normas lo que provoca que las situaciones comunicativas requieran de un gran esfuerzo tanto expresivo como inferencial.

Para comenzar, sería pertinente definir qué es la pragmática y cuáles son sus funciones dentro del lenguaje. María Victoria Escandell (1993: 25) entiende por pragmática el estudio de los principios reguladores del uso del lenguaje en el acto comunicativo, es decir, “las condiciones que determinan el empleo de enunciados concretos, emitidos por hablantes concretos en situaciones comunicativas concretas, y su interpretación por parte de los destinatarios”. En consecuencia, en las realizaciones lingüísticas hay que ir más allá de lo puramente gramatical y tener en cuenta determinados factores extralingüísticos relativos al emisor, destinatario, intención comunicativa, contexto verbal, situación o conocimiento del mundo.

Así, con la intención de recoger todos los elementos que participan del acto comunicativo, surge una clasificación que divide la pragmática en tres ámbitos: textual, enunciativo e interactivo. Estos tres estamentos focalizan ciertos aspectos de las intervenciones comunicativas para que a través de ellos se puedan explicar el resto de procesos (Gallardo, 2005: 67).

En este sentido, Rodríguez Muñoz (2010: 30-47) se acoge a estos tres ámbitos para analizar categóricamente los principales valores pragmalingüísticos que se consideran deficitarios en el lenguaje autista desde un punto de vista discursivo y comunicativo:

En primer lugar, la **pragmática enunciativa** centra su importancia en el emisor del mensaje. En esta categoría encontramos alteraciones en la prosodia que modulan la voz en claves de volumen e intensidad. En muchas personas con TEA se observa una prosodia

carente de matices afectivos que dificulta el proceso de reconocimiento de emociones por parte de su interlocutor. Además, el ritmo de las intervenciones se suele configurar de manera monótona y desprovista de inflexibilidad sonora.

También existe cierta tendencia a las *tareas de edición* del discurso. Esta noción se ve asociada a una serie de conductas comunicativas tales como:

- Pausas oralizadas, es decir, expresiones, dentro de las cuales encontramos marcadores metadiscursivos oracionales (bueno, eh...) u onomatopeyas (mmm...), a través de las cuales los hablantes rellenan los silencios (gap-fillers) planificando a la vez la información lingüística que van a producir a continuación.
- Pausas vacías, también conocidas como silentes.

Las personas con este trastorno recurren abundantemente a las pausas. Estas se dan primordialmente en el transcurso de las intervenciones por motivos de improvisación, provocando autointerrupciones y reinicios. En cambio, también se puede dar el caso contrario, es decir, sujetos con logorrea o verbosidad incontrolable que hacen un uso deficitario de la pausa.

En este plano también resulta relevante mencionar las ecolalias, es decir, repeticiones de frases escuchadas a personas ajenas y que las personas autistas repiten. Es cierto, que hasta hace bien poco estas se han considerado como actos discursivos involuntarios. Sin embargo, hay autores como Jawal et al (2018) que afirman que estas podrían corresponder a formas de interacción que residen en nivel comunicativos más profundos. Estos autores aseguran que las frases o palabras supuestamente ecolálicas son utilizadas cuando el contexto resulta pertinente. A este respecto rescatamos el documental “Life Animated” que trata el caso de un chico autista cuyo lenguaje comunicativo se basa en frases de películas animadas.

Otro de los preceptos asociados a la pragmática enunciativa son los expresados por Paul Grice en los *principios de cooperación* (1989), teoría vinculada a los principios reguladores de la interpretación enunciativa. En ella Grice afirma que los intercambios conversacionales no se basan en una amalgama de observaciones desconectadas, sino que

poseen entre ellas un lazo relacional. Debido a esto las conversaciones comportan un esfuerzo colaborativo por parte de los integrantes. El aporte a la conversación ha de ser adecuado a la finalidad o a la dirección que marque el intercambio verbal de ambas partes. Cuando los participantes no se ajustan a estos principios la conversación puede volverse inconexa o carente de sentido.

Los principios de cooperación están regidos por una serie de máximas conversacionales que lo moldean y que, siguiendo la estela teórica de Kant, fueron bautizadas como *máximas de calidad* (“intente que su contribución sea verdadera”), *cantidad* (“proporcione la información que se requiera en el intercambio”), *relación* (“sea relevante”) y *modalidad* (“sea claro”).

Como Rodríguez Muñoz afirma, las personas con TEA encuentran muchas dificultades en el uso de las máximas¹⁸, suponiendo la vulneración de alguna una falta de cooperación comunicativa. El fallo pragmático en la aplicación de las máximas parece subyacer en la dificultad de captar las sutilezas de cada una de ellas cuando son trasladadas al contexto comunicativo.

Los problemas en la adaptación de la cantidad de información necesaria son muy comunes en las personas con TEA, que como explicábamos con anterioridad tienden a excederse o a ser demasiado escuetos. Además la máxima de relación se ve violada en los actos comunicativos en los cuales el sujeto se centra en intereses y preocupaciones propias que lo llevan a realizar intervenciones no pertinentes. También puede ocurrir que la interpretación del interlocutor no haya sido la adecuada y la contestación, en consecuencia, no ostente relación alguna con la temática.

Debemos hablar también de las inferencias trópicas o modismos, que son expresiones idiomáticas fijadas en la lengua debido a un proceso de lexicalización o gramaticalización y que funcionan como una entidad léxica inseparable. Se trata de grupos fijos de palabras cuyo significado es conocido por los hablantes una lengua aunque este no se desprende exclusivamente de los significados de cada palabra aisladamente (Gallardo Paúls, 2005: 68). Es por esto, por lo que a las personas autistas les cuesta comprender el

¹⁸ ANEXO XI.

sentido de las expresiones idiomáticas, ya que descodifican las palabras aisladamente en vez de en su conjunto.

Esto se encuentra ampliamente relacionado con las carencias a la hora de descifrar metáforas, ironías y dobles sentidos. Aunque hay ciertos hablantes con TEA, en su mayoría dentro del grado 1 de gravedad, que han adquirido las técnicas necesarias para el reconocerlas, como por ejemplo es el escrutinio de las expresiones faciales para reconocer las intenciones del hablante. Pese a esto, la comprensión no verbal de los sujetos con TEA se encuentra generalmente bastante afectada, suscribiendo estas déficits kinésicos (mirada, gestos, expresión facial, postura corporal) y proxémicos (proximidad y contacto físico con el interlocutor). Rodríguez Muñoz (2010: 35) transcribe un fragmento de conversación con una persona autista que resulta muy ilustrativo al dar testimonio en primera persona de esto: “yo le he dicho a mi madre de hecho alguna vez que si- si me dan una palmada en la espalda, lo- lo- lo que no sé es si interpretarlo como un gesto de- de agresión o como un [...]”.

Además, diferentes estudios plantean la adquisición de capacidades gestuales por parte de los niños TEA como un proceso imitativo, más que como un proceso comprensivo en el que la secuencia de movimiento tenga una meta.

Pasando a la **pragmática textual**, esta sienta sus bases en la configuración del mensaje y en la superestructura textual de este. En esta categoría encontramos rasgos muy característicos de las personas TEA, como por ejemplo, el lenguaje excesivamente formal (llegando a parecer pomposo) que en ocasiones no se adecua al contexto de la comunicación, en pos de una precisión discursiva muy minuciosa. Además, las áreas temáticas de estas personas son muy estrechas, cosa que provoca el fracaso de sus interacciones sociales.

Igualmente, se dan fallos de coherencia textual en su nivel temático o macroestructural. Estos se deben a dificultades en la transmisión de información significativa, fluida y pertinente (máxima de relación) en el intercambio discursivo.

El léxico de estas personas puede ser más rico que el de la media neurotípica, aunque también se dan casos de un uso de expresiones muy pobres y rutinarias. Lo cierto

es que el léxico en este trastorno oscila entre la brillantez y la carencia, dependiendo del paciente.

Para concluir, hablaremos de las particularidades lingüísticas del TEA pertenecientes al plano de la **pragmática interactiva**, cuyo foco recae en el intercambio lingüístico con el receptor. En este ámbito es necesario hacer mención al *índice de participación conversacional* (IPC), o sea, el número de intervenciones que realiza cada integrante de una conversación y que normalmente se mide en porcentaje de turnos. Latorre et al (2016: 18) y Rodríguez Muñoz (2010: 41) coinciden en sus estudios en el hecho de que el IPC de personas autistas de gravedad 1 está solo levemente por debajo del de sus interlocutores neurotípicos. Sin embargo, estas intervenciones son escuetas y concisas, respondiendo a las preguntas con la información mínima. Por otra parte, la predictibilidad de las personas con TEA también se ve alterada. Esta mide el equilibrio entre las intervenciones que son fruto de una respuesta y las que nacen por iniciativa propia, siendo generalmente mayoritarias las primeras.

En resumen, y siguiendo a Gallardo (2005), los principales valores pragmáticos tratados y que se encuentran alterados en el espectro se pueden resumir en el siguiente cuadro:

Actos de habla enunciativos, proposicionales y sus límites (usos de las pausas).
Actos locutivos (sin valor proposicional), actos no verbales y actos borrador.
Actos de habla ilocutivos (la intención).
Auto-rectificación conversacional.
Inferencias trópicas e implicaturas anómalas.
Máximas conversacionales (cualidad, cantidad, manera y pertinencia).
Coherencia textual: superestructuras y gestión temática.
Cohesión léxico-semántica.
Cohesión morfológica-agramatismos.
Cohesión sintáctica: paragramatismos.
Agilidad del turno.
Índice de participación conversacional.

Predictibilidad (equilibrio entre turnos iniciativos y reactivos).
Gestualidad y mirada.
Prioridad y adecuación sociolingüísticas.

Todas estas dificultades se basan finalmente en una falta de reciprocidad que se traduce en factores solidarios entre la expresividad y la recepción. Así, los problemas en la gestión informativa por parte de la persona autista están directamente relacionados con la llamada Teoría de la Mente. Es relevante en este sentido realizar un breve recorrido por esta teoría, que se considera mediadora entre los aspectos estructurales del lenguaje (vocabulario y gramática) y la habilidad comunicativa adaptativa.

Como Olivar et al (2004: 32) plantea, el éxito de los intercambios comunicativos se encuentra supeditado a una serie de habilidades pragmáticas. En esta línea, son muchas las teorías que se han llevado a cabo en las últimas décadas para explicar los mecanismos sobre los que subyacen las dificultades pragmáticas de ciertos trastornos.

Así, en torno al autismo han ido surgiendo teorías como la planteada por Happè (1994) y Tager-Flusberg (1993) que establecen el déficit en las habilidades metarrepresentacionales como origen de dichas dificultades. Una hipótesis que se suma a esta afirmación es la argumentada por Baron-Cohen, Leslie y Frith (1985) conocida como Teoría de la Mente (TM).¹⁹ Esta atribuye el déficit básico del autismo a una incapacidad del individuo para predecir y comprender los procesos mentales, así como de inferir y prever el comportamiento ajeno y ajustar de esta forma su comportamiento social²⁰. Así, uno de los ámbitos pragmáticos en los que la TM más trabaja es en los actos de habla no literales.

El propio Alan Leslie es uno de los autores con mayor relevancia en esta línea de pensamiento, quien concibe la TM como “un módulo dedicado a procesar información relativa a la conducta y lenguaje de otras personas e interpretarla a partir de sus estados

¹⁹ Ver **ANEXO X**: Inferencias pragmáticas: Sentimientos-Teoría de la Mente de Isabel Monfort.

²⁰ Como Lorna Wing (1998: 33) menciona, Utha Frith por su parte ya había teorizado sobre esta dificultad interpretativa de los autistas relacionándola con la falta de lo que ella llamaba “impulso hacia la coherencia central”.

mentales”. La TM funciona por medio de metrarrepresentaciones, las cuales nos permiten figurarnos estados mentales epistémicos (saber, imaginar, pensar, suponer, engañar, recordar...) conformándose como la base conceptual que el sistema de inferencias usa para dar sentido a las intervenciones y comportamientos ajenos (Palomo Seldas, 2017: 117 y 118).

4. Conclusiones

Este trabajo de investigación ha derivado en numerosas reflexiones personales que explicaré en este apartado final de una manera breve y concisa.

En el estudio del trastorno del espectro autista como rama de la lingüística clínica he observado el desarrollo e importancia que ha tomado esta patología en los últimos años, sin embargo, la presencia en el ámbito del grado universitario de filología es exigua. Sería interesante la formación en filología de ciertos ámbitos interdisciplinarios que complementen la visión del área lingüística.

De este modo, he tomado conciencia de la importancia que tiene la interdisciplinariedad entre las distintas áreas del saber en pos de investigaciones que una por sí sola no podría llevar a cabo, como es el caso de este trabajo. Las delimitaciones entre ciencias son fronteras que sirven para especializarse en un conocimiento, pero no hay que perder de vista que son artificiales y se pueden y deben cruzar para completar ciertos conocimientos.

Al leer y analizar la bibliografía he podido constatar las falsas convicciones y conocimiento que creemos saber de la personas del trastorno. En torno a ellas se crea a menudo una falsa caracterización, soterrada bajo la creencia de un conocimiento de este trastorno generado por la presencia que tiene en la población y por ser una patología que aparece en gran número de series y películas que, por otra parte, han contribuido a este constructo falaz y a proporcionar una imagen sesgada.

En esta línea, Leo Kanner (1943) ya en sus inicios caracterizaba a los autistas con la máxima de “la preferencia por la soledad”. Nada más lejos de esto, ese supuesto gusto es

en realidad una consecuencia de un lenguaje deficitario regido por ciertas alteraciones que imposibilitan a la persona autista un desarrollo social típico.

Y es que lenguaje y habilidades sociales en este trastorno son aspectos totalmente solidarios, como también reafirma la APA (2013) al unificar ambos rasgos en uno solo en la última versión del DSM. Hilando esta concepción de lo sociocomunicativo en el TEA y la de las falsas creencias, es pertinente traer una cita de Jawal et al (2018): “Si asumes que una persona no está interesada en interactuar contigo, probablemente no te esforzarás mucho por interactuar con ella”. Estos autores prosiguen diciendo que lo cierto es que la sociabilización es una parte fundamental del ser humano y que el hecho de creer que los autistas prefieren la soledad les acaba *deshumanizando*.

A través de este trabajo he asumido la importancia que tiene la reinterpretación de las habilidades sociales y lingüísticas, pues no son universales para toda la sociedad y con las personas autistas, por ejemplo, estas habilidades toman caminos inesperados.

Resulta llamativo, pues a las personas autistas se les atribuyen carencias en la Teoría de la Mente, la cual permite inferir comportamientos y actitudes ajenas, así como dobles sentidos y comportamientos lingüísticos no literales. No obstante, los comportamientos que se rigen por el principio inferencial de la Teoría de la Mente parecen estar normativizados ya que finalmente parecen ser también las personas neurotípicas las que no comprenden el universo autista.

Es curioso de este modo, cómo la sociedad insta a las personas del espectro a tener unas habilidades comprensivas respecto al resto de la población, pero paradójicamente nunca se instruye en el camino inverso.

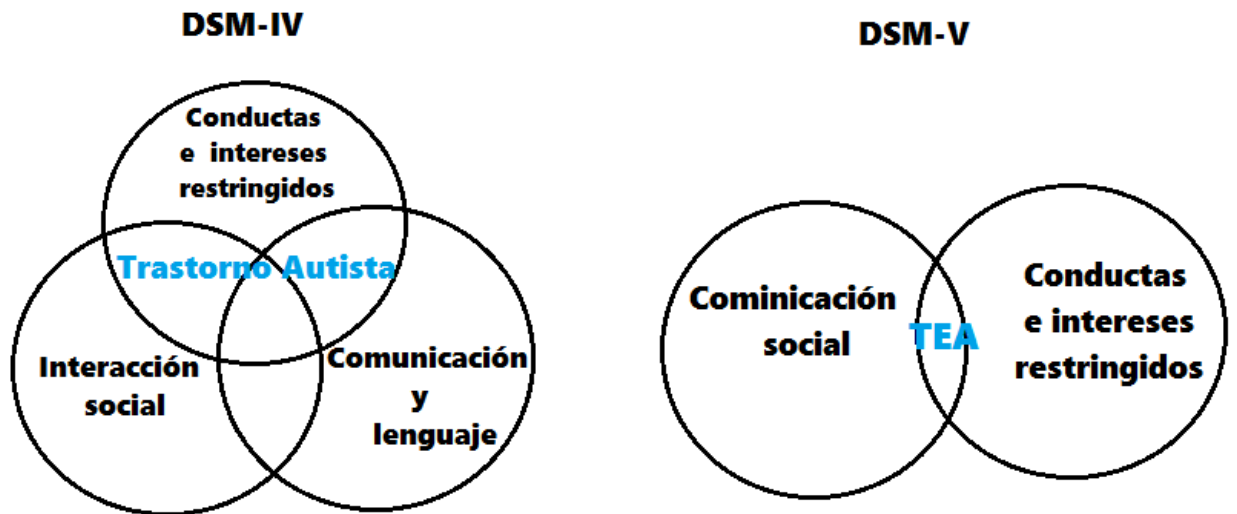
Ambas corrientes deberían de complementarse. No somos conscientes de lo presente que están las alteraciones pragmáticas en el desarrollo de estos pacientes. Lo cierto es que por medio de una correcta intervención lingüística-logopeda de los déficits lingüísticos el rendimiento de las habilidades sociocomunicativas de las personas autistas puede mejorar suponiendo estas uno de los aspectos más importantes en el desarrollo de la patología. De esta forma, los estudios científicos sobre el lenguaje autista son cada vez más prolíferos, dándole al lenguaje en el TEA el lugar primordial que posee.

ANEXOS

ANEXO I: Triada de Wing (1988). Extraído de Vázquez Carballal, 2013.



ANEXO II: Evolución de la caracterización del TEA del DSM-IV al DSM-V.
Elaboración propia por medio de los criterios extraídos de APA, 1995: 70-81 y APA, 2013: 28-37, respectivamente.



ANEXO III: Criterios diagnósticos del TEA en el DSM-5, extraído de APA, 2013: 81-83.

- A. Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos, manifestado por lo siguiente, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
1. Las deficiencias en la reciprocidad socioemocional, varían, por ejemplo, desde un acercamiento social anormal y fracaso de la conversación normal en ambos sentidos pasando por la disminución en intereses, emociones o afectos compartidos hasta el fracaso en iniciar o responder a interacciones sociales.
 2. Las deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social, varían, por ejemplo, desde una comunicación verbal y no verbal poco integrada pasando por anomalías del contacto visual y del lenguaje corporal o deficiencias de la comprensión y el uso de gestos, hasta una falta total de expresión facial y de comunicación no verbal.
 3. Las deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones, varían, por ejemplo, desde dificultades para ajustar el comportamiento en diversos contextos sociales pasando por dificultades para compartir juegos imaginativos o para hacer amigos, hasta la ausencia de interés por otras personas.
- B. Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades, que se manifiestan en dos o más de los siguientes puntos, actualmente o por los antecedentes (los ejemplos son ilustrativos pero no exhaustivos):
1. Movimientos, utilización de objetos o habla estereotipados o repetitivos (p. ej., estereotipias motoras simples, alineación de los juguetes o cambio de lugar de los objetos, ecolalia, frases idiosincrásicas).
 2. Insistencia en la monotonía, excesiva inflexibilidad de rutinas o patrones ritualizados de comportamiento verbal o no verbal (p. ej., gran angustia frente a cambios pequeños, dificultades con las transiciones, patrones de pensamiento rígidos, rituales de saludo, necesidad de tomar el mismo camino o de comer los mismos alimentos cada día).

3. Intereses muy restringidos y fijos que son anormales en cuanto a su intensidad o foco de interés (p. ej., fuerte apego o preocupación por objetos inusuales, intereses excesivamente circunscritos o perseverantes).
 4. Hiper- o hiporeactividad a los estímulos sensoriales o interés inhabitual por aspectos sensoriales del entorno (p. ej., indiferencia aparente al dolor/temperatura, respuesta adversa a sonidos o texturas específicos, olfateo o palpación excesiva de objetos, fascinación visual por las luces o el movimiento).
- C. Los síntomas han de estar presentes en las primeras fases del período de desarrollo (pero pueden no manifestarse totalmente hasta que la demanda social supera las capacidades limitadas, o pueden estar enmascarados por estrategias aprendidas en fases posteriores de la vida).
- D. Los síntomas causan un deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento habitual.
- E. Estas alteraciones no se explican mejor por la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o por el retraso global del desarrollo. La discapacidad intelectual y el trastorno del espectro del autismo con frecuencia coinciden; para hacer diagnósticos de comorbilidades de un trastorno del espectro del autismo y discapacidad intelectual, la comunicación social ha de estar por debajo de lo previsto para el nivel general de desarrollo.

Especificar si:

Con o sin déficit intelectual acompañante

Con o sin deterioro del lenguaje acompañante

Asociado a una afección médica o genética, o a un factor ambiental conocidos (Nota de codificación: Utilizar un código adicional para identificar la afección médica o genética asociada.)

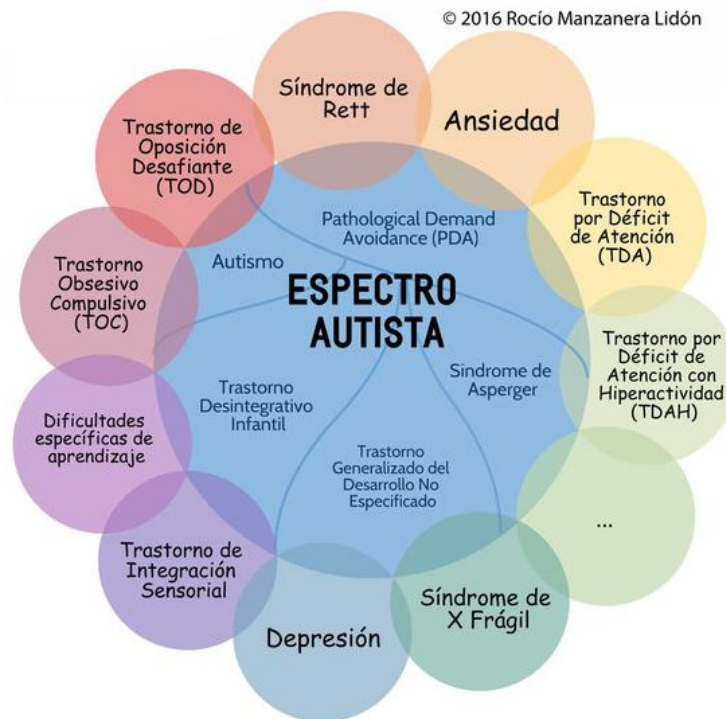
Asociado a otro trastorno del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento (Nota de codificación: Utilizar un código(s) adicional(es) para identificar el trastorno(s) del desarrollo neurológico, mental o del comportamiento asociado[s].)

Con catatonía (véanse los criterios de catatonía asociados a otro trastorno mental; para la definición, véanse las págs. 65–66). (Nota de codificación: Utilizar el código adicional 293.89 [F06.1] catatonía asociada a trastorno del espectro del autismo para indicar la presencia de la catatonía concurrente).

ANEXO IV: Trastorno de la Comunicación Social según los criterios del DSM-V, con ausencia de factores relativos al comportamiento relativos al TEA. Extraído de Rodríguez Santos, 2016: 19.

- a) Déficit en el uso de la comunicación con un propósito social, como saludar y compartir información, de forma apropiada para el entorno social.
- b) Dificultad en la habilidad para modificar la conversación de acuerdo al contexto o la necesidad del interlocutor; tal como hablar de forma diferente en clase y en situaciones de recreo, con un niño y con un adulto, y evitando utilizar un lenguaje demasiado formal.
- c) Dificultades para seguir reglas conversacionales y narrar eventos, como cambiar de tema en la conversación, aclaraciones cuando se comete un error de comprensión y saber cómo usar las claves verbales y no verbales que regulan la interacción.
- d) Dificultades para comprender lo que no es explicitado (por ejemplo, lo que requiere hacer inferencias) y los significados no literales o analogías del lenguaje (giros, humor, metáforas, significados múltiples que dependen del contexto para su interpretación).

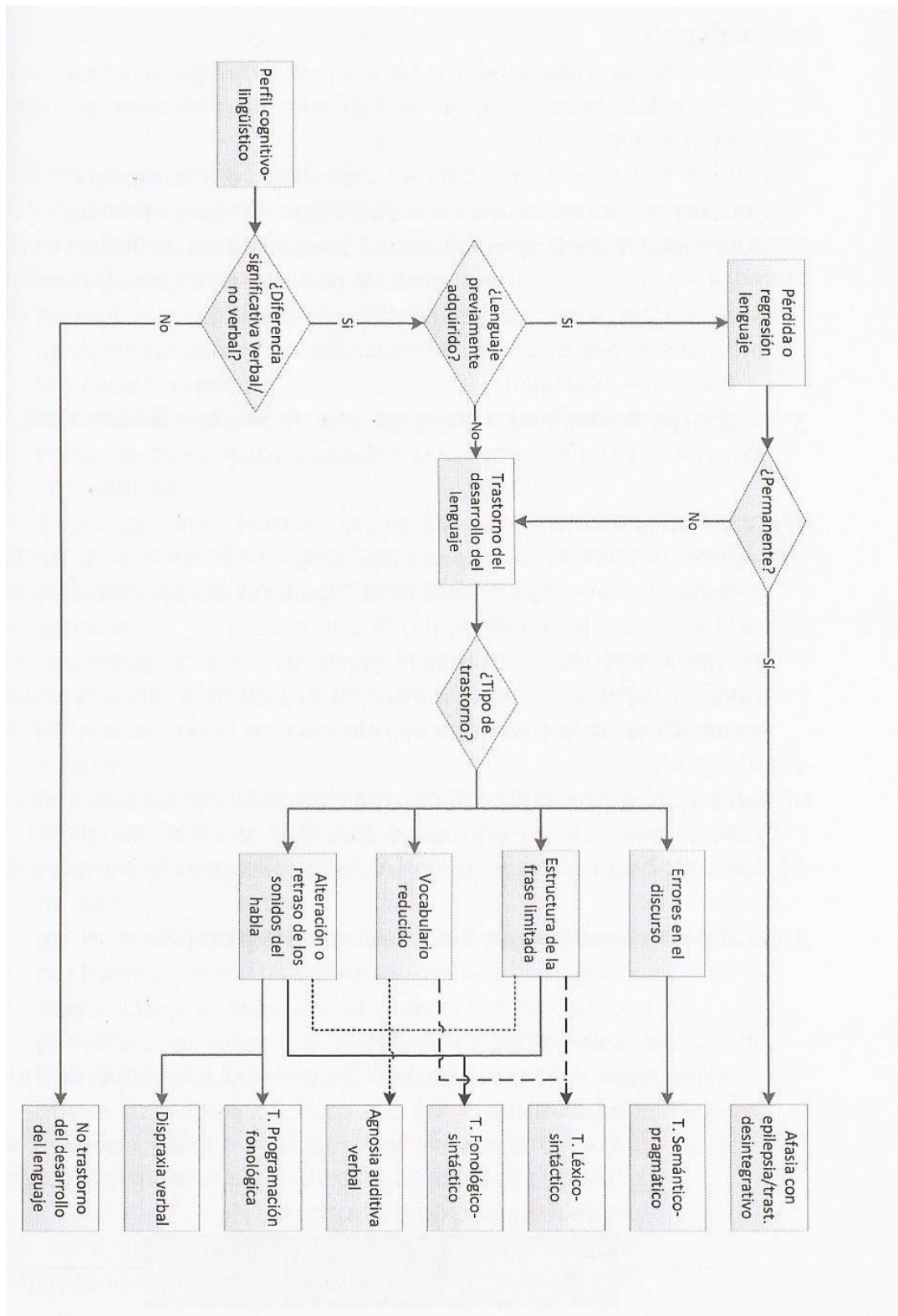
ANEXO V: Comorbilidad en el TEA. Extraído de www.autismo-pda.com, Rocío Manzanera Lidón.



ANEXO VI: Desarrollo de la comunicación y lenguaje autista durante los dos primeros años de edad. Extraído de Palomo Seldas, 2017: 95.

COMUNICACIÓN Y LENGUAJE	6-7 meses	9-12 meses	12 meses	14-16 meses	18 meses	18-24 meses
		Funciones comunicativas: < gestos de regulación interpersonal (cantidad y variedad)	Funciones comunicativas: < iniciar conductas de atención conjunta < seguir la mirada < peticiones < cantidad de gestos (total, convencionales y señalar)	Funciones comunicativas: < iniciar conductas de atención conjunta < peticiones	Funciones comunicativas: < iniciar conductas de atención conjunta < cantidad de gestos (total y señalar)	Funciones comunicativas: < iniciar conductas de atención conjunta < cantidad (total y de defectivos), variedad y complejidad simbólica de los gestos
			< vocalizaciones dirigidas < lenguaje expresivo < lenguaje receptivo	< frecuencia comunicativa	< frecuencia de actos comunicativos dirigidos < frecuencia de actos comunicativos triádicos	< actos comunicativos dirigidos (total)
			< cantidad de sílabas con consonantes < inventario de palabras diferentes	< frecuencia comunicativa	< frecuencia y complejidad de actos comunicativos triádicos < coordinación de las conductas comunicativas no verbales < lenguaje expresivo < lenguaje receptivo	< coordinación de las conductas comunicativas no verbales < vocalizaciones con consonantes < lenguaje expresivo < lenguaje receptivo < vocalizaciones con consonantes < vocalizaciones verbales > vocalizaciones atípicas
					> entonación atípica	> entonación atípica

ANEXO VII: Algoritmo para la determinación del tipo de trastorno de lenguaje en el autismo, extraído de Rodríguez Santos, 2016: 84.



ANEXO VIII: Resumen de los principales síntomas de alteraciones pragmáticas en personas con TEA. Fuente: Monfort, 2008: 21.

Síntomas por defecto




- Carencia de iniciativa
- Limitación funcional
- Limitación de registros
- Limitación léxica específica
- Dificultad de comprensión no léxica
- Información no pertinente
- Dificultades resistentes en el manejo de ciertos contenidos verbales : pronombres, posesivos...
- No respeto a reglas conversacionales

Síntomas “por exceso”

- Habla no dirigida a interlocutor
- Jerga no comunicativa
- Ecolalias diferidas
- Ecolalias inmediatas
- Selección léxica atípica (lenguaje pedante)
- Temas restrictivos y reiterativos
- Rutinas y estereotipias

ANEXO IX: Fichas con las que se trabaja la inferencia pragmática en niños TEA. Fuentes: Haro: 5 y Peñas: 2, respectivamente.

Está barriendo el suelo porque

	Está sucio
	Para hacer deporte
	Porque está aburrido




Es el cumpleaños de Nuria: su abuela le ha traído un regalo. Lo abre, ¡es una muñeca, justo lo que ella quería tener!


¿Cómo se siente Nuria?

Cristina Peñas – FT y AL
especializada en TEA

Elige y argumenta



 Triste. ¿Por qué?

 Asustado. ¿Por qué?

 Enfadado. ¿Por qué?

 Contento. ¿Por qué?

ANEXO X: Inferencias pragmáticas: Sentimientos-Teoría de la Mente de I. Monfort, 2012: 28.

MÁS ALLÁ DE LAS PALABRAS

INFERENCIAS PRAGMÁTICAS: SENTIMIENTOS-TEORÍA DE LA MENTE

Papá le ha dicho a Marta que recoja su habitación y que haga su cama; cuando vuelve por la tarde, entra en la habitación de Marta y ve que está todo en orden y que la cama está hecha.

¿Cómo se siente papá? contento enfadado triste asustado **1**

Papá le ha dicho a Rafael que haga sus deberes de matemáticas y, luego, que termine el libro que le han mandado leer en el colegio. Cuando vuelve, papá ve que Rafael no ha terminado los deberes y que está jugando con la play.

¿Cómo se siente papá? contento enfadado triste asustado **2**

A los gatos les gusta la tranquilidad y les asusta el ruido; esta noche, hay tormenta, caen muchos rayos y los truenos resuenan en todo el valle.

¿Cómo está el gato? contento enfadado triste asustado **3**

Es el cumpleaños de Arantxa: su abuela le ha traído un regalo. Lo abre: ¡es una muñeca Barbie, justo la que ella quería tener!

¿Cómo se siente Arantxa? **4**

Desde su jaula, el loro miraba cómo volaban las palomas en el cielo, por encima de los tejados: se sintió muy triste.

¿Por qué se siente triste el loro? **5**

ANEXO XI: Ítem 5 del PREP-R (Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado), elaborado por Urquiza et al (2015), extraído de Rodríguez Muñoz, 2018:
12. Para la evaluación de los principios de cooperación.

¿Se ajusta la conducta verbal del paciente a las siguientes afirmaciones?	Sí	No	No eval.
<i>SUBNIVEL DE INFERENCIAS</i>			
5. Principio de cooperación			
5.1. <i>La información que proporciona es veraz (calidad)</i>			
5.2. <i>La información que proporciona no es ni escasa ni excesiva, siempre teniendo en cuenta los requerimientos contextuales (cantidad)</i>			
5.3. <i>La información se proporciona de manera clara, ordenada y sin ambigüedades (manera)</i>			
5.4. <i>Sus intervenciones tienen relación con el tema de conversación (relación)</i>			

Bibliografía

- ARASAAC (Portal Aragonés de la Comunicación Aumentativa y Alternativa). <http://www.arasaac.org/>
- Artigas, J. (1999). El lenguaje en los trastornos autistas. *Revista De Neurología*, 28(2), 118-123.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Arlington: Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* MASSON.
- Asperger, H. (1991). 'Autistic psychopathy' in childhood. *Autism and Asperger syndrome* (U. Frith Trans.). (pp. 37)
- Autism Research Institute. (2014). *Comorbilidades médicas en los trastornos del espectro autista*.
- Baron-Cohen, S. (2010). *Autismo y síndrome de asperger* (Sandra Chaparro Trad.). Madrid: Alianza Editorial.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a “theory of mind”? *Cognition*, 21(1), 37-46.
- Benítez Burraco, A. (2008). Más allá del TEL y de la dislexia: Otros trastornos lingüísticos de base genética. *Revista De Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 41(1), 21-36.
- Benítez Burraco, A. (2008). Autismo y lenguaje: Aspectos moleculares. *Revista De Neurología*, 46(1), 40-48.

- Caballero, R. (2012). *Comorbilidad en los trastornos del espectro autista*. Universidad de Sevilla.
- Chakrabarti, S. y Fombonne, E. (2005), Pervasive developmental disorders in preschool children: Confirmation of high prevalence. *Am J Psychiatry*, 162: 1133-1141.
- Centro Educa. *Comunicadores sin voz*.
<http://cravillacedre.centros.educa.jcyl.es/aula/archivos/repositorio/0/9/html/logopedia%20e%20suela/comunicadores%20sin%20voz.htm>
- Ehlers, G., Gillberg, C., & Wing, L.(1999). *ASSQ. Entrevista para el diagnóstico del Síndrome de Asperger (Asperger Syndrome Diagnostic Interview)*.
- Escandell, M. V. (1993). *Introducción a la pragmática*. Madrid: UNED.
- Fernández Urquiza, M., Díaz Martínez, F., Moreno Campos, V., Lázaro Lopezvillaseñor, M. y Simón López, T. (2015): PREP-R. *Protocolo Rápido de Evaluación Pragmática Revisado*, Valencia, Universidad de Valencia.
- Fitzer, A., & Sturmey, P. (2009). *Language and autism. applied behavior analysis, evidence, and practice*. Estados Unidos: PRO·ED.
- Forment Dasca, C. (2014). *¿Síndrome de asperger o trastorno de la comunicación social?*
<https://www.redcenit.com/sindrome-de-asperger-o-trastorno-comunicacion-social/>
- Fuentes, C. (1997). *Introducción teórica a la pragmática lingüística*. Sevilla: KRONOS.
- Fundación CADAH. *¿Qué es el DSM? ¿Afectará la nueva versión DSM-5 al TDAH?*
<https://www.fundacioncadah.org/>
- Gallardo Paúls, B. (2005). Categorías inferenciales en pragmática clínica. *Revista De Neurología*, 41(1), 65-71.
- Garrabé de Lara, J. (2012). El autismo. Historia y clasificaciones. *Salud Mental*, 35(3), 257-261.

- González Blanco, M., Rivas Torres, R. M., & López Gómez, S. (2015). Caracterización y delimitación del trastorno de la comunicación social (pragmático). *Revista De Estudios e Investigación En Psicología y Educación*, 9
- Gortázar Díaz, P. (1990). Ecolalia y adquisición del lenguaje en niños autistas. VI Congreso Nacional De AETAPI, Palma de Mallorca.
- Happé, F. G. (1994). An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of autism and Developmental disorders*, 24(2), 129-154.
- Haro Castilla, B. *Aula TEL-disfasia. Fichas de inferencias*. ARSAAC.
- Herlyn, S. (2017). Trastornos del espectro autista.
- Ibor, J. J. L. (1994). *CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous child*, 2(3), 217-250.
- Latorre, C., & Puyuelo, M. (2016). Análisis del desarrollo lingüístico y comunicativo de un niño con síndrome de asperger: Un estudio de caso. *Revista De Investigación En Logopedia*, 2
- Llorente, M., & Martos, J. (2013). Tratamiento de los trastornos del espectro autista: Unión entre la comprensión y la práctica basada en la evidencia. *Revista De Neurología*, 57(1), 185-191.
- López Gómez, S., & Rivas Torres, R. M. (2014). El trastorno del espectro del autismo: Retos, oportunidades y necesidades. . *Informes Psicológicos*, 14(2), 13-31.
- Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P. C., & Risi, S. (2003). *Autism Diagnostic Observation Schedule: ADOS*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Jaswal, V. K., & Akhtar, N. (2018), How to meet autistic people halfway. *The New York Times*.

- Manzanera Lidón, R. *TEA y comorbilidad*. www.autismo-pda.com
- Martínez Martín, M. Á., & Cuesta Gómez, J. L. (2012). *Todo sobre el autismo. los trastornos del espectro autista (TEA). Guía completa basada en la ciencia y en la experiencia*. Tarragona: Altaria.
- Martínez, A. (2013). El autismo no es una epidemia del siglo XXI. *Autismo, un reto para la colaboración entre clínicos y pedagogos* (pp. 9-20) Horsori editorial.
- Martos, J., Ayuda, R., González, A., Freire, S., & Llorente, M. (2012). *El síndrome de Asperger. Evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Milán Cabrera, T. *Trastornos del espectro autista. Síndrome de Asperger*. ASPERCAN (Asociación Asperger Islas Canarias).
- Monfort, I. (2012). *Comunicación y lenguaje en niños con síndrome de Asperger: Pautas de intervención*.
- Monfort, M. (2008). *Intervención en niños con trastornos de espectro autista*. San Sebastián.
- Olivar, J., Flores, M. V., & de la Iglesia, M. (2004). Relación entre teoría de la mente y comunicación referencial. Una explicación de los déficits pragmáticos en personas con autismo y síndrome de Down. *UNED. Acción Psicológica*, 3(1), 31-42.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Trastornos del espectro autista*. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>
- Palomo Seldas, R. (2017). *Autismo, teorías explicativas actuales*. Madrid: Alianza Editorial.
- Peñas, C. *Inferencias pragmáticas*.
<http://elsonidodelahierbaelcrecer.blogspot.com/2015/04/inferencias-pragmaticas.html>
- Rapin I, Dunn M (2003). Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain Dev*; 25: 166-72.

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.^aed.). Consultado en <http://dle.rae.es/>
- Rivière, A. (1997). Desarrollo normal y autismo. Definición, etiología, educación, familia, papel psicopedagógico en el autismo. *Curso De Desarrollo Normal y Autismo*, Santa Cruz de Tenerife.
- Rodríguez Muñoz, F. J. (2018). La descompensación entre las habilidades de carácter gramatical y pragmático en el discurso oral de niños con síndrome de Asperger. *Oralia*, 20, 247-273.
- Rodríguez Muñoz, F. J. (2010). *Síndrome de Asperger. Materiales y aproximación pragmalingüística VI*. Universitat de Valencia. Servei de publicacions.
- Rodríguez Santos, F. (2016). *Guía de intervención logopédica en los trastornos del espectro autista*. Madrid: Síntesis.
- Rutter, M., Le Couteur, A., & Lord, C. (2006). *ADI-R: entrevista para el diagnóstico del autismo-revisada*. TEA.
- Tager-Flusberg, H. (1993). What language reveals about the understanding of minds in children with autism. *Understanding other minds: Perspectives from autism*.
- Tantam, D. (2000). Psychological disorder in adolescents and adults with Asperger syndrome. *Autism*, 4(1), 47-62.
- Tejero Beltrán, E. (2016). Análisis de un trastorno pragmático de un sujeto de trece años.
- Vázquez Carballal, P. (2013). *Síndrome de Asperger*.
- Wing, L. (1998). *El autismo en niños y adultos*. Barcelona: Paidós.