



# Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación. Conceptos, clasificación y clínica

Ana Alás Rupérez<sup>(1)</sup>, Inmaculada Ramos Sánchez<sup>(2)</sup>, Irene Sofía Machado Casas<sup>(3)</sup>, Daniel Martín Fernández-Mayoralas<sup>(4)</sup>, María Gortázar Díaz<sup>(5)</sup>, Sergio Aguilera Albesa<sup>(6)</sup>

<sup>(1)</sup>Centro COMUNICA. Hospital Universitario Quirón. Madrid

<sup>(2)</sup>Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

<sup>(3)</sup>Hospital Universitario San Cecilio. Granada

<sup>(4)</sup>Hospital Universitario Quirón. Madrid

<sup>(5)</sup>Centro de Atención Infantil Temprana. Lebrija (Sevilla)

<sup>(6)</sup>Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

Alás Rupérez A, Ramos Sánchez I, Machado Casas IS, Martín Fernández-Mayoralas D, Gortázar Díaz M, Aguilera Albesa S. Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación. Conceptos, clasificación y clínica. *Protoc diagn ter pediatr.* 2022;1:19-30.



## 1. INTRODUCCIÓN

Es indiscutible que las habilidades comunicativas desarrolladas en los primeros cinco años de vida y consolidadas en los años escolares posteriores tienen un papel fundamental en el desempeño social, académico y laboral, así como en el bienestar personal/emocional a lo largo de la vida del individuo.

Las patologías del lenguaje son heterogéneas y engloban a un grupo muy diverso de alteraciones de su desarrollo, genéticas o adquiridas, caracterizadas principalmente por un déficit en la comprensión, producción y uso del lenguaje. La diversidad en la etiología, las manifestaciones clínicas, el pronóstico y el tratamiento, junto a la alta frecuencia (10-15% en menores de 6 años) hace que la atención a los niños que las presentan suponga un reto para el pediatra de Atención Primaria (AP).

El **habla** se define como la producción de sonidos expresivos, y comprende la articulación, la fluencia, la voz y la calidad de resonancia. El concepto de **lenguaje** incluye la forma, la función y el uso cotidiano de símbolos con la intención de comunicarse, tanto de forma verbal como no verbal. Y de forma más global, la **comunicación** hace referencia a cualquier conducta verbal o no verbal, intencional o no, que influya en el comportamiento, las ideas o las actitudes de otro individuo.

Los diferentes componentes del **lenguaje** están definidos en la **Tabla 1**, y son:

1. **La forma.** ¿Cómo comunica el niño? Se refiere a los componentes motores o físicos de la expresión articulada y a las formas que toma el lenguaje. Abarca el sistema fonético-fonológico y el morfosintáctico. También se incluyen en este apartado las

modalidades de comunicación que emplea el niño (gestos, signos, palabras...).

2. **El contenido.** ¿Sobre qué o acerca de qué comunica? Se refiere a las relaciones de significación que el niño establece entre las unidades lingüísticas que produce y los elementos u objetos existentes en su entorno. Equivale al estudio de la semántica y el léxico.
3. **El uso.** ¿Para qué, dónde, cuándo y con quién comunica? Se refiere al estudio de las funciones del lenguaje y de las reglas que rigen el uso del lenguaje en el contexto. Equivale a los aspectos pragmáticos del lenguaje, uso social del lenguaje.

En todos los aspectos se evalúan las vertientes comprensivas y expresivas.

La **prevalencia** de estas alteraciones es variable, dependiendo de cada una de ellas, la etiología, la edad y los criterios diagnósticos utilizados. Se estima que un 10-15% de los niños menores de 6 años las van a presentar. Más de dos terceras partes van a corresponder a niños “hablantes

tardíos” (que presentan una adquisición lenta del primer lenguaje, de etiología idiopática y con una buena evolución posterior).

Las **alteraciones del habla y del lenguaje** pueden ser idiopáticas (de origen desconocido en la actualidad) o secundarias a diferentes patologías. Atendiendo a su **etiología** podemos clasificarlas de acuerdo con el cuadro recogido en la **Tabla 2**.

A continuación, se exponen los trastornos de la comunicación siguiendo los criterios de la quinta edición (2013) del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5) y, posteriormente, los trastornos del lenguaje y del habla que presenta el niño que pierde en los primeros años las habilidades de comunicación y de lenguaje que había adquirido con normalidad.

## 2. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

Desde la publicación del DSM-5 en 2013, algunas de las patologías del lenguaje, el habla y la comunicación se incluyen para su catalogación diagnóstica dentro de los **trastornos de la co-**

**Tabla 1.** Componentes del lenguaje

<b>Forma</b>	Fonética	Conjunto de sonidos de una lengua o dialecto
	Fonología	Decodificación de sonidos necesarios para la comprensión de palabras. Modo en que los sonidos funcionan en un nivel abstracto o mental
	Morfología	Estudia las reglas que rigen la flexión, la composición y la derivación de las palabras
	Sintaxis	Estudia el orden y la relación de las palabras en la oración, así como las funciones que cumplen
<b>Contenido</b>	Semántica	Estudio del significado de las palabras del lenguaje
	Léxico	Inventario de palabras que conforman una lengua
<b>Uso</b>	Pragmática	Uso social del lenguaje. Modo en el que el contexto influye en la interpretación del significado. Aspectos extralingüísticos que condicionan el uso del lenguaje (comprensión y seguimiento de reglas sociales de comunicación verbal y no verbal, de normas de conversación y narración, así como la adaptación del lenguaje según la situación o las necesidades del que escucha)

**Tabla 2.** Etiología de las alteraciones del habla y del lenguaje

• Defectos estructurales o neuromotores del aparato fonador (respiración, fonación y articulación), como, por ejemplo, defectos orofaciales como el paladar hendido o el labio leporino
• Hipoacusia
• Daños cerebrales o disfunciones en periodo prenatal, tales como malformaciones cerebrales (trastornos de la migración), alteraciones cromosómicas (reorganizaciones, cromosomopatías), infecciones, exposición a sustancias tóxicas (alcohol, plomo...), CIR... o en periodo perinatal, como prematuridad, bajo peso para la edad gestacional, encefalopatía hipóxico-isquémica, infecciones del sistema nervioso central o enfermedades metabólicas
• Daño cerebral o disfunción adquirida en la niñez (TCE, infecciones del sistema nervioso central, tumores)
• Trastornos conductuales y emocionales (por ejemplo, mutismo selectivo)
• Privación social-familiar-cultural.
• De tipo primario o idiopático (no derivadas de otra afección médica identificable en la actualidad)

**municación** (TC), que se consideran trastornos del neurodesarrollo cuando comienzan a una edad temprana, pueden producir limitaciones significativas en el desarrollo del individuo y no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica, y no se explican mejor por una discapacidad intelectual. Incluyen el **trastorno del lenguaje** (TL), el **trastorno de los sonidos del habla o fonológico** (TSH), el **trastorno de la fluidez de inicio en la infancia** (TFI), también llamado tartamudez, y el **trastorno de la comunicación social o pragmático** (TCS).

La **prevalencia** de estos trastornos es variable e imprecisa, y depende de los criterios diagnósticos utilizados en los diferentes estudios, como ya se comentó anteriormente. Se estima que en menores de 6 años van a presentar TL un 5-7%; TSH, un 3,5-5%, y TFI, un 0,5-1,5%. En relación con el género, son más frecuentes en varones, con ratios entre 1,3:1 y 2:1.

La etiología de los TC es idiopática, y la gran mayoría de estudios coinciden en su alta tasa de heredabilidad (proporción de la variación clínica atribuible a la carga genética, que oscila

entre 0 y 1). En el TFI o tartamudeo, el índice de heredabilidad es de 0,7 y es 3-6 veces más frecuente en niños con antecedentes familiares. En el TL se observan unos índices de heredabilidad elevados de 0,5-0,75 y numerosos genes se han implicado en este trastorno (algunos asociados al TSH o trastorno fonológico): *FOXP1*, *FOXP2*, *CNTNAP2*, *ATP2C2*, *CMIP*, *SPCH1*, *SLI1-4*, *GRIN2A*..., y muchos de estos genes están igualmente implicados en otros trastornos del neurodesarrollo: trastorno del espectro del autismo (TEA), discapacidad intelectual (DI) o trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

### 2.1. Trastorno del lenguaje 315.32 (F80.1 y F80.2)

El DSM-5 define el TL como la presencia de dificultades persistentes en la adquisición y en el uso del lenguaje, debidas a déficits en la comprensión o producción de palabras, frases, estructuras o narración. Estas dificultades pueden ser evidentes no solo en la comunicación hablada, sino también en la escrita o en el lenguaje de signos. Los niños con TL van a presentar un vocabulario reducido, una estructura gramatical simplificada o incorrecta para la edad y un

discurso alterado, sobre todo en la narración. Es fundamental prestar atención a las habilidades expresivas y a las receptivas del individuo, para orientar de forma adecuada la sospecha diagnóstica y las exploraciones pertinentes, y descartar alteraciones sensoriales, cognitivas o motoras que nos lleven al diagnóstico diferencial, entre otros, con hipoacusia o retraso global del desarrollo-discapacidad intelectual (véase **Tabla 3**). Antes de los 4 años, las diferencias individuales en el desarrollo del lenguaje son amplias y el pronóstico variable, pero a partir de esa edad son más estables y pueden suponer dificultades persistentes a largo plazo; de ahí la necesidad de intervención temprana.

El DSM-5, en relación a clasificaciones previas, simplifica la diferente tipología de los trastornos del lenguaje en un único apartado (desaparece la tipificación de expresivo y mixto: comprensivo-expresivo), y se clasifica definitivamente como un trastorno del neurodesarrollo, que se define como un trastorno

evolutivamente variable (incluso persistente en la edad adulta), claramente disfuncional, que incluye cualquier tipo de gravedad y se explica por una adquisición del lenguaje (comprensivo o expresivo) por debajo de la edad esperada (ya no es preciso para el diagnóstico un desarrollo del lenguaje inferior al desarrollo cognitivo no verbal). También admite que el TL puede ser comórbido a otros trastornos del neurodesarrollo como TEA, TDAH, trastorno específico del aprendizaje o trastorno del desarrollo de la coordinación (TDC), así como a problemas emocionales o conductuales o a carencias socioambientales (**Tabla 3**). Aproximadamente un 30% de los TL pueden asociar de forma comórbida otros trastornos del neurodesarrollo.

Existen **controversias respecto a la terminología** y convivimos en la actualidad con diferentes nomenclaturas: trastorno del lenguaje (TL) del DSM-5 frente a trastorno específico del lenguaje (TEL), el más usado en España hasta ahora, y trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) como

**Tabla 3.** Trastorno del lenguaje

Criterios diagnósticos DSM-5	Diagnóstico diferencial
<p><b>A. Dificultad persistente en la adquisición y uso del lenguaje</b> en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos)</p> <p><b>B. Las capacidades del lenguaje están por debajo a lo esperado para la edad</b> y esta alteración va a causar limitaciones en la comunicación eficaz, lo que interfiere a nivel social, académico o laboral</p> <p><b>C. Inicio de síntomas</b> en las primeras edades del desarrollo</p> <p><b>D. Dificultades no atribuibles</b> a afecciones congénitas o adquiridas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variaciones de la normalidad</li> <li>• Hablantes tardíos (&lt;30 meses)</li> <li>• Hipoacusia</li> <li>• Disfunción motora u otra afección médica o neurológica</li> <li>• Retraso global del desarrollo o discapacidad intelectual (si explica las dificultades del lenguaje)</li> <li>• Trastornos neurológicos: afasias adquiridas</li> <li>• Trastornos del lenguaje regresivos</li> </ul> <p><b>Comorbilidad posible</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trastorno específico del aprendizaje</li> <li>• Trastorno por déficit de atención e hiperactividad</li> <li>• Trastorno del espectro autista</li> <li>• Trastorno del desarrollo de la coordinación</li> <li>• Trastorno de la comunicación social (pragmático)</li> </ul>

Extraído con modificaciones del DSM-5.

término más recomendado por los expertos en la actualidad (Bishop *et al.*, 2020) para referirnos a los mismos cuadros. El DSM-5 elimina el término “específico”, ya que las investigaciones recientes sugieren que el trastorno no se limita al dominio del lenguaje. Nos referiremos a partir de ahora a este trastorno como TL/TDL.

## 2.2. Trastorno de los sonidos del habla o fonológico 315.39 (F80.0)

El **trastorno de los sonidos del habla** se define en el DSM-5 como una “dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes”.

Para el diagnóstico del trastorno fonológico se han de cumplir los criterios de la **Tabla 4**.

Los niños que presentan dificultades de articulación en las edades tempranas tienen un mayor riesgo, frente a otros niños, de presentar con posterioridad dificultades en el aprendizaje de la lectoescritura, además de problemas de relación social y baja autoestima. Sin embargo, no todos los problemas de articulación van a determinar dichos riesgos, por lo que es necesario identificar con claridad el tipo de dificultades fonético-fonológicas que presenta el niño a partir de una evaluación especializada que indique cuáles son los errores que se cometen al hablar y si estos están ajustados al nivel de desarrollo y edad del niño. El desarrollo fonético-fonológico tiene un periodo amplio de evolución; sin embargo, es importante conocer lo que un niño debe o no debe realizar correctamente a partir de los 3 años, de cara a un diagnóstico precoz (**Tablas 5 y 6**).

**Tabla 4.** Trastorno de los sonidos del habla o trastorno fonológico

Criterios diagnósticos DSM-5	Diagnóstico diferencial
<p><b>A. Dificultad persistente en la producción fonológica</b> que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes</p> <p><b>B. La alteración causa limitaciones</b> en la comunicación eficaz que interfieren a nivel social/académico o laboral</p> <p><b>C. Inicio de síntomas</b> en primeras edades de desarrollo</p> <p><b>D. Dificultades no atribuibles</b> a afecciones congénitas o adquiridas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Variaciones normales del habla (regionales, sociales y culturales)</li> <li>• Hipoacusia u otra deficiencia sensorial</li> <li>• Deficiencias estructurales</li> <li>• Disartria (alteraciones del habla justificadas por un trastorno motor)</li> <li>• Mutismo selectivo (trastorno de ansiedad con ausencia de habla en uno o más contextos)</li> </ul>

Extraído con modificaciones del DSM-5.

**Tabla 5.** Edad de adquisición de los fonemas

Edad	Sonidos adquiridos en el 90% de hablantes examinados en lengua castellana
<b>3 años</b>	/m/, /n/, /ɲ/(ñ), /b/, /p/, /t/, /k/, /l/, /x/(j) y diptongos crecientes
<b>4 años</b>	/d/, /tʃ/(ch), /d/, /g/, /f/, /r/→r, diptongos decrecientes, grupos consonánticos CLV
<b>5 años (80%)</b>	/s/, /θ/(z), /λ/(ll), grupos consonánticos CRV
<b>6 años</b>	/s/, /θ/(z), /λ/(ll), grupos consonánticos CRV/r/ (erre tensa 80%)
<b>7 años</b>	/r/→erre tensa

Extraído de Bosch 2004.

**Tabla 6.** Signos de alerta de procesos fonológicos ya inadecuados por edades

Edad	Signos de alerta de procesos fonológicos
3 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inconsistencia en el uso de vocales. No lateralizar (ausencia de /l/)</li> <li>• Posteriorizar sonidos frontales (fonemas que se producen en la zona anterior como la /p/ se sustituyen por sonidos posteriores como la /k/)</li> <li>• Omitir sílabas (/eta/ por chaqueta)</li> <li>• Desnasalizar (una consonante nasal → m, n o ñ pierde ese rasgo nasal); por ejemplo, /tuve/ en vez de nube</li> <li>• Sonorizar fricativas o fricativizar sonidos (sonidos “cortos” se transforman en sonidos “largos”); por ejemplo /sato/ por gato</li> </ul>
4 años	<p>Aparte de los anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frontalizar sonidos posteriores (fonemas que se producen en la zona posterior, como la /k/, se sustituyen por sonidos anteriores como la /t/); por ejemplo: /tasa/ en vez de casa</li> <li>• Oclusivizar: hacer cortos sonidos largos, como por ejemplo /pesa/ en vez de fresa)</li> <li>• Pérdida de africación (la ch se transforma en un sonido oclusivo, generalmente la /t/; por ejemplo, /tino/ en vez de chino)</li> <li>• Lateralización (algunas consonantes como la /r/ se sustituyen por /l/; por ejemplo, /kala/ en vez de cara)</li> <li>• Conversión de la /d/ en líquida (r o l); por ejemplo, /niro/ en vez de nido</li> <li>• Ausencia de /r/, pérdida de sonoridad: consonantes sonoras como la /b/ pasan a ser sordas; por ejemplo, /parco/ en vez de barco</li> <li>• Palatalización (hacer palatales consonantes que no lo son)</li> <li>• Sonorización de fricativas; por ejemplo, /beta/ en vez de seta</li> <li>• Posteriorización de vibrantes (“hacer la rr “en la garganta”, como por ejemplo, /gana/ por rana)</li> <li>• Omitir la consonante inicial de una sílaba, como por ejemplo, /ato/ en vez de pato)</li> <li>• Metátesis (cambio de orden de las sílabas; por ejemplo: /same/ por mesa)</li> <li>• Coalescencia (dos sonidos diferenciados se convierten en otro distinto; por ejemplo: piel por piedra) y epéntesis (inserción de sonidos; por ejemplo, /kalase/ en vez de clase)</li> </ul>
5 años	<p>Aparte de los anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• /q/(z) → /f/, /s/ (seseo*)</li> <li>• Avance de la /s/ (ceceo*)</li> <li>• Omisión de codas</li> </ul>
6 años	<p>Aparte de los anteriores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de /r/ (vibrante múltiple)</li> <li>• Posteriorización de vibrantes (rr “en la garganta”)</li> <li>• Aspiración de /s/ ante oclusiva (por ejemplo: /mohka/ por mosca)</li> <li>• Reducción de grupos consonánticos (CCV → CV); por ejemplo: pato por plato, /ten/ por tren</li> <li>• Asimilaciones (usar un sonido de la palabra en varias posiciones dentro de la misma); por ejemplo, /kokolilo/ por cocodrilo</li> </ul>

\* No se tienen en cuenta los regionalismos como, por ejemplo, emisión de s en español de Hispanoamérica o ceceo en algunas zonas de Andalucía.

Extraído, con modificaciones, de Bosch 2004.

Es de gran importancia diferenciar dentro de los trastornos fonológicos cuando un niño comete **errores fonéticos o dislalias** (incapacidad para producir un sonido que ya debería

estar establecido para su edad) y cuando comete **errores fonológicos** (mantenimiento de procesos de simplificación del habla más allá del periodo evolutivo normal), puesto que su

abordaje terapéutico es diferente según el tipo de error. En ambos casos es importante considerar el grado de inteligibilidad del habla, así como su adecuación o no al desarrollo evolutivo promedio (la inteligibilidad del habla para desconocidos a los 18 meses es del 25%; a los 2 años, del 50%; a los 3 años, del 75%, y a los 4 años, del 100%).

### 2.3. Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) 315.35 (F98.5)

El trastorno de la fluidez del habla de inicio en la infancia (TFI), coloquialmente denominado “tartamudeo”, es definido por el DSM-5 como “alteraciones en la fluidez y en la organización temporal del habla, inadecuadas para la edad y habilidades de lenguaje del individuo, persistentes en el tiempo y que se caracterizan por la aparición de uno o más de los siguientes factores: repetición de sonidos, sílabas o palabras monosílabas, prolongación de sonidos de con-

sonantes y de vocales, fragmentación de palabras, bloqueo en el habla audible o silencioso, circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas), producción de palabras con exceso de tensión”.

Un 5% de los niños entre 2 y 5 años pueden tener disfluencias en algún momento debido a una lenta maduración neurológica en el procesamiento del habla y del lenguaje; de ellos, el 80% se recuperan espontáneamente (las niñas tienen mayor posibilidad de remisión) y el 20% seguirá con tartamudez persistente, con diferentes grados de gravedad en la edad adulta (1% de la población mundial). El inicio del TFI suele producirse a los 2,5 años coincidiendo con el momento de mayor expansión lingüística del niño.

Para el diagnóstico de un trastorno de la fluidez de inicio en la infancia se han de seguir los criterios del DSM-5 expuestos en la **Tabla 7**.

**Tabla 7.** Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia

Criterios diagnósticos	Diagnóstico diferencial
<p><b>A. Alteraciones en la fluidez y organización temporal normales del habla, inadecuadas para la edad y habilidades de lenguaje del individuo, persistentes en el tiempo y que se caracterizan por su aparición frecuente y notable (aparición de uno o más: repeticiones de sonidos y sílabas o palabras monosílabas, prolongaciones, fragmentaciones, bloqueos, circunloquios, producción con exceso de tensión)</b></p> <p><b>B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, participación social, rendimiento académico o laboral</b></p> <p><b>C. Inicio de síntomas en primeras fases del desarrollo</b></p> <p><b>D. La alteración no es atribuible a un déficit motor o sensitivo del habla o asociada a un déficit neurológico o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déficit sensitivo</li> <li>• <b>Disfluencias normales</b> del habla, como repeticiones de palabras enteras o frases, interjecciones, frases incompletas, pausas vacías...</li> <li>• Efectos secundarios de la <b>medicación</b></li> <li>• Disfluencias de <b>inicio en el adulto</b></li> <li>• <b>Síndrome de Tourette</b></li> <li>• <b>Taquifemia</b> (discurso rápido, difícil de entender; discurso desorganizado y con alteraciones del lenguaje, con asociación de falta de conciencia del problema)</li> <li>• <b>Tartamudez neurogénica</b> (resultado de TCE, ACV o enfermedad neurodegenerativa)</li> <li>• <b>Tartamudez psicógena</b> (adquirida en la edad adulta, en ausencia de alteraciones neurológicas y tras experiencia emocional intensa)</li> <li>• <b>Tartamudez asociada a PANDAS</b></li> </ul>

Información extraída con modificaciones del DSM-5 y de Leal *et al.*, 2016.

Es fundamental diferenciar dentro de las alteraciones de la fluidez entre **disfluencias evolutivas** (normales dentro del desarrollo lingüístico) y las típicas de la **tartamudez infantil** (sobre todo bloqueos, repeticiones y prolongaciones acompañadas de tensión, evitación y movimientos asociados en cara y cuello), puesto que su abordaje y pronóstico va a ser diferente. Las diferencias quedan reflejadas en la **Tabla 8**.

Este trastorno, que tiene un origen neurobiológico con un alto componente genético, está modulado psicossocialmente, de tal forma que el sujeto que lo padece puede sufrir problemas interiorizantes (baja autoestima, ansiedad, etc.), que tienden a cronificarse si no se tratan de forma precoz.

Es de suma importancia saber que hay evidencia actual de que los niños que tartamudean suelen ser conscientes mucho antes de lo que se pensaba de sus dificultades (estudio realizado por la Fundación Española de Tartamudez y la experta Raquel Escobar Díaz) y que es importante que, una vez que las alteraciones son detectadas por la familia, el pediatra o la escuela, se haga un seguimiento y, si es preciso, una valoración especializada para determinar la necesidad de

intervención. Los niños que al tartamudear presentan tics asociados, muletillas o más de 3 repeticiones de sonidos o sílabas o una velocidad de habla muy alta, poseen una mayor probabilidad de derivar a un cuadro crónico de la tartamudez.

#### 2.4. Trastorno de la comunicación social 315.39 (F80.89, CIE-10)

El trastorno de comunicación social (TCS) **se describe por primera vez en el DSM-5** y se define por “la presencia de dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal, en ausencia de intereses y comportamientos restringidos y repetitivos, que no pueden atribuirse a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por TEA, discapacidad intelectual-retraso global del desarrollo u otro trastorno mental”.

#### Se caracteriza por dificultades en:

- El uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera apropiada al contexto social.
- La habilidad para captar e integrar las claves contextuales (ambientales, sociales y perso-

**Tabla 8.** Disfluencias evolutivas vs. tartamudez infantil

	Disfluencias evolutivas	Tartamudez infantil
<b>Edad de aparición</b>	2,5-5 años	2,5-5 // 6-7 años
<b>Duración</b>	Entre semanas-meses	Más de 12-14 meses
<b>Evolución</b>	Tienden a remitir y desaparecer	Son intermitentes
<b>Disfluencias</b>	Repiten frases, palabras polisílabas o sílabas con menos de 3 unidades de repetición	Repetición de sílabas (más de 3 unidades), palabras monosílabas, prolongaciones y bloqueos
<b>Tensión</b>	No hay tensión al hablar	Sí hay un esfuerzo evidente
<b>Evitaciones</b>	No hay evitaciones	Sí hay, a personas, situaciones...
<b>Movimiento asociado</b>	No hay movimientos asociados	Sí hay, en ojos, cara y cuello

Extraído con modificaciones de la *Guía para pediatras de la Fundación Española de la Tartamudez* ([www.fundacionttm.org](http://www.fundacionttm.org)).

nales, incluyendo conocimiento y experiencias) en la interpretación de significados.

- La capacidad para adecuar la comunicación al contexto social; la comprensión de las intenciones de los interlocutores y de las convenciones sociales.
- Las habilidades pragmático-conversacionales (seguir las reglas conversacionales y ser capaz de mantener conversaciones de ida y vuelta, manteniendo el tema y produciendo contenidos o estilos de conversación adecuados al interlocutor y al contexto, etc.).
- La comprensión del lenguaje implícito o ambiguo, como por ejemplo bromas, modismos o metáforas, e integrar comunicación no verbal y verbal.

A menudo se menciona también habla excesiva (hiperverbales), déficits en la comprensión del discurso narrativo y conversacional y problemas de recuperación léxica. Es frecuente que aparezca un retraso inicial del primer lenguaje, con buena evolución en aspectos formales que contrastan con las anomalías en el uso social del lenguaje. En los inicios del lenguaje es frecuente la coexistencia de la ecolalia y la jerga.

El TCS puede coexistir con otros trastornos de la comunicación, pero no se puede diagnosticar en presencia de un TEA. Los niños con TEA presentan dificultades persistentes de comunicación social pero también déficits en reciprocidad socioemocional y comprensión social, así como patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses.

Sin embargo, como ya hemos comentado, a menudo el diagnóstico diferencial es com-

plicado, fundamentalmente antes de los 5-6 años. Con anterioridad a la inclusión del TCS en el DSM-5, la mayor parte de los casos eran diagnosticados como TEA, aunque algunos se diagnosticaban dentro de los TEL, siguiendo la clasificación diagnóstica de Rapin y Allen (1983, 1987), dentro del término de déficit semántico-pragmático.

### 3. PATOLOGÍA DEL LENGUAJE Y HABLA EN “EL NIÑO QUE DEJA DE HABLAR”

Existen diferentes causas que pueden producir la detención del habla tras un desarrollo inicial normal del lenguaje, produciéndose una pérdida o retraso en su progresión. Hay que tener en cuenta que, a diferencia del TL/TDL (donde existe una falta de aprendizaje del lenguaje inicial), cuando nos referimos a pérdida del habla o afasia existe una habilidad adquirida con normalidad. La afasia puede ser de presentación aguda o subaguda, con una causa probablemente estructural, estable o progresiva en el contexto de una enfermedad degenerativa o asociada a trastornos neuropsicológicos. Aunque estos trastornos no se encuentran dentro de la clasificación de TC del DSM-5, creemos importante su inclusión en este protocolo.

A continuación señalamos los motivos más frecuentes:

#### 3.1. Afasia adquirida de presentación aguda/subaguda: afasia de causa orgánica

En el niño, la afasia de presentación aguda y subaguda suele ser debida a una enfermedad estructural subyacente como un traumatismo, un tumor, infecciones o un evento isquémico. Como consecuencia de este daño cerebral, la

afectación del lenguaje suele ser global y su déficit relativamente fijo, pero si la pérdida del lenguaje es antes de los 6 años, este se reubica en otras estructuras contralaterales o del mismo hemisferio con una recuperación total o casi completa, siendo esta recuperación menor si el daño se produce en niños mayores de 6 años, cuya neuroplasticidad es menor.

Con el avance de la neurocirugía, es conocida desde los años 80 del siglo XX la presencia de mutismo asociado a signos de disfunción troncoencefálica como secuela de la cirugía en pacientes pediátricos que han sido intervenidos de afecciones tumorales del área cerebelosa, y se ha llegado a acuñar el término de “síndrome de fosa posterior” para definir la presencia de mutismo, ataxia, hipotonía e irritabilidad tras la extirpación de un tumor de la región cerebelosa. También se han descrito casos de mutismo con relación a diferentes patologías agudas del cerebelo, como hemorragias, malformaciones o procesos infecciosos.

### 3.2. Mutismo selectivo

El mutismo selectivo (MS) está clasificado como un trastorno de ansiedad en el DSM-5 y se caracteriza por una incapacidad constante para hablar en situaciones sociales específicas donde hay una “expectativa de hablar” (por ejemplo, en la escuela), mientras que el habla parece ser normal en otras situaciones (por ejemplo, en casa), sin poder atribuir esta circunstancia a una alteración del desarrollo del lenguaje, ni a una falta de habilidades lingüísticas.

La sintomatología debe durar más de tres meses, y no poder explicarse por otros trastornos secundarios. Los patrones de comunicación va-

rían en cada niño, desde una ausencia total de habla en casi todas las situaciones a la falta de habla solo en aquellas situaciones que le generen cierto grado de ansiedad. Las circunstancias más comunes para la aparición del MS están en el entorno escolar, donde el niño no suele hablar, o lo hace solamente con determinados compañeros, evitando casi siempre al maestro.

La mayoría de las series ofrecen unas tasas de prevalencia que oscilan entre 0,2 y 0,8%, por lo que se trata de un trastorno relativamente raro. Es más común en las niñas, con una proporción estimada entre 1:1,5 y 1:2 frente a los varones. Sus síntomas generalmente se inician en la primera infancia, a partir de los 2,7-4,1 años, aunque el diagnóstico suele retrasarse hasta que los niños ingresan en la escuela y se hace necesario interactuar con profesores y compañeros.

La etiología es posiblemente multifactorial, aunque no bien conocida. Se ha relacionado con factores genéticos, ambientales y del neurodesarrollo, pero no disponemos de estudios sistemáticos. Es posible que su prevalencia esté infraestimada.

En un reciente metaanálisis sobre 22 estudios en pacientes con MS, se observa una alta asociación de trastornos de ansiedad comórbidos, entre los que la fobia social es el más frecuente. Otros estudios muestran también otros trastornos asociados como DI, trastorno obsesivo compulsivo (TOC), TDAH y TEA.

### 3.3. Afasia progresiva: afasia-epilepsia

La encefalopatía epiléptica con punta-onda continua durante el sueño lento (EPOCS), el estado epiléptico durante el sueño (ESES) y el

síndrome de Landau-Kleffner (SLK) son encefalopatías epilépticas estrechamente relacionadas, que se consideran expresiones clínicas de un espectro único y continuo y que comparten la asociación de crisis diurnas poco frecuentes o ausentes, déficit o deterioro cognitivo, conductual y del lenguaje adquirido y una activación significativa y mantenida de paroxismos en el EEG desde el inicio del sueño y durante una gran parte del sueño NREM, lo que en conjunto es conocido como el **espectro epilepsia-afasia**. Su relación con la epilepsia infantil con puntas centrotemporales o epilepsia rolándica está bien documentada, por lo que algunos autores la consideran el extremo más benigno de este espectro, quedando en el otro extremo aquellas encefalopatías epilépticas que implican una regresión neurológica y del lenguaje como la POCS, la menos benigna de estas, con frecuencia asociada a mutaciones en el gen *GRIN2A*.

Pueden aparecer en un niño previamente sano o manifestarse como un empeoramiento de una discapacidad neurológica preexistente, con afectación cognitiva global, o afectar a un único dominio, como en el caso del SLK. Los trastornos asociados de comportamiento o psiquiátricos varían en tipos y grado (desde rasgos TDAH hasta un comportamiento similar al de los niños TEA en algunos casos).

La presentación clínica de estas encefalopatías suele cursar con una fase inicial en la etapa preescolar (2-4 años) en la que en el niño con desarrollo normal o levemente anormal comienzan a aparecer crisis nocturnas y a veces diurnas, sobre todo crisis clónicas unilaterales, tónico clónicas o de ausencias atípicas. Es habitual un incremento en la frecuencia y tipos de crisis en los primeros años tras este inicio y se suele acompañar de una regresión neurocognitiva.

En el caso de ESES/EPOCS, la regresión suele ser global, con una disminución del cociente de inteligencia (CI), afectación del lenguaje, el aprendizaje, el comportamiento, la memoria, la atención, las habilidades motoras y las interacciones sociales. En el SLK, el trastorno se inicia con una agnosia verbal-auditiva (los niños se comportan como si fueran sordos), seguida de dificultades en el lenguaje expresivo y trastornos del comportamiento. Aunque el 75% de los niños con SLK tienen crisis clínicas, estas suelen ser leves y, generalmente, menos frecuentes que en ESES/EPOCS (donde se describen casos de estado epiléptico no convulsivo). Durante este estado de regresión es característico encontrar un patrón EEG de descargas epileptiformes en la transición de la vigilia al sueño, que constituyen un patrón de punta-ondas lentas continuas o casi continuas en el sueño lento. Tras varios años de evolución, puede existir una mejora transitoria o permanente del EEG, que en algunos casos puede ir asociada a una mejoría clínica, aunque no es habitual una recuperación completa.

## BIBLIOGRAFÍA

- Aguilera Albesa S, Busto Crespo O. Trastornos del lenguaje. *Pediatr Integr*. 2012;XVI(9):683-90.
- Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 5.ª edición. Barcelona: Masson Editorial; 2013.
- Bishop DV. Changing terminology for children's language disorders: reflections on special issue of Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 2020. Disponible en: [en línea] <http://deevybee.blogspot.com/2020/02/changing-terminology-for-childrens.html>

- Bosch L. Evaluación fonológica del habla infantil. Barcelona: Masson Editorial; 2004.
- Fernández-Jaén A, Alás A, Calleja Pérez B. Trastornos de la comunicación. En: Fernández-Jaén A, Fernández-Mayoralas DM, Fernández-Perrone AL. Trastornos del neurodesarrollo. Discapacidad intelectual y trastornos de la comunicación. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018. p.115-42.
- Leal G, Guitart B, Junqueira A. Trastornos del habla: de los fundamentos a la evaluación. Madrid: Editorial EOS; 2016.
- Moreno-Flagge. Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol. 2013;57 (Supl 1):S85-S94.
- Oerbeck B, Overgaard KR, Stein MB, Pripp AH, Kristensen H. Treatment of selective mutism: a 5-year follow-up study. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2018;27:997-1009.
- Rubboli G Tassinari CA. Encephalopathy related to status epilepticus during slow sleep: linking epilepsy, sleep disruption and cognitive impairment. Epileptic Disord. 2019;21, Suppl 1:1-2.
- Salgado Ruiz A. La tartamudez. Guía para pediatras de la Fundación Española de la Tartamudez [en línea]. Disponible en: [www.fundacionttm.org](http://www.fundacionttm.org)
- Susanibar F, Dioses A, Tordera JC. Principios para la evaluación e intervención de los trastornos de los sonidos del habla (TSH). En: Trastornos del habla. De los fundamentos a la evaluación. Madrid: Editorial EOS; 2016.
- Zehra Kamani MA, Suneeta Monga MD. Understanding the outcome of children who selectively do not speak: a retrospective approach. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;29:2.