

Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla

7

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 178-199. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 178-199). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar, prevenir e intervenir en los trastornos del desarrollo de los sonidos del habla, y debe mantener una formación actualizada para adaptarse a los avances en las definiciones, los instrumentos y las técnicas terapéuticas, así como adaptarse a la diversidad lingüística de los niños y niñas de nuestro entorno.
- 2 El CLC promueve la investigación para conocer la prevalencia local, desarrollar instrumentos de evaluación e intervención adaptados a los contextos lingüísticos catalán y castellano, y crear conjuntos básicos de categorías CIF que permitan identificar los elementos afectados por los trastornos del desarrollo de los sonidos del habla.
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario basado en la evidencia, con diagnóstico y tratamiento esencialmente logopédicos, con interconsultas a especialistas en neurología, otorrinolaringología o psicología cuando sea necesario, garantizando así una intervención integral y centrada en la persona.

¿Qué es?

Definición

El trastorno del desarrollo de los sonidos del habla (TDSH) se caracteriza por dificultades en la adquisición, producción y percepción del habla, que se manifiestan en errores de pronunciación. Estos errores, tanto en número como en tipología, así como la calidad de la producción oral, superan los límites de variación normales según la edad y el nivel cognitivo de la persona. Los errores de pronunciación reducen la inteligibilidad y afectan significativamente a la comunicación. Son errores que no se pueden atribuir a variaciones sociales, culturales o ambientales, tales como dialectos regionales, ni a una discapacidad auditiva o anomalías estructurales o neurológicas. Por este motivo, se consideran dificultades "primarias" del habla; en cambio, cuando son consecuencia de otros trastornos, se consideran dificultades "secundarias". Los perfiles más frecuentes de TDSH son dos: el primero, observado con mayor frecuencia en niños en edad preescolar, se caracteriza por alteraciones severas de precisión de la pronunciación que pueden llegar a comprometer la inteligibilidad del habla. El segundo perfil, típico de la etapa escolar, se diferencia por errores residuales del habla y el riesgo potencial de desarrollar dificultades específicas de aprendizaje.

El término para referirse a este trastorno ha ido variando con el tiempo. La propuesta actual de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) 11, aún sin traducción oficial en el momento de publicación de este documento, es «Trastorno del Desarrollo de los Sonidos del Habla». Tanto la CIE 10-ES como el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders*) se refieren a este trastorno como «Trastorno fonológico». La American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) también ha cambiado la denominación; de «Articulation Disorder» inicialmente a «Articulation and Phonological Disorder». En España, el término evolucionó de «Dislalias múltiples» y «Retraso del habla» hasta el más consolidado «Trastorno fonológico». En ambientes sanitarios suelen hacer uso del término «Dislalia» como comodín que define tanto el defecto de pronunciación aislado, como la pronunciación ininteligible de cualquier paciente.

Signos clínicos

Los signos del TDSH se manifiestan como errores sublexicales, que afectan a la pronunciación de sílabas y sonidos aislados, o como errores lexicales, que afectan a la organización fonológica de la palabra. Estos errores pueden ser sistemáticos o pueden variar según el contexto fonético de los enunciados. Pueden afectar a sonidos específicos (como la producción alterada del sonido /r/) o a tipos de sonidos (por ejemplo: sustituir cualquier consonante fricativa por su oclusiva homorgánica). También pueden afectar a la secuencia fonotáctica, como, por ejemplo, omitir consonantes en posición de coda. Aunque muchos signos observables corresponden a un estancamiento en etapas típicas del desarrollo, en

los casos más severos pueden observarse signos atípicos, tales como la inconsistencia, que es la tendencia a deformar las palabras de forma distinta cada vez que se pronuncian.

Los signos del TDSH son:

- Omisiones: algunos sonidos se omiten o se eliminan, bien de manera sistemática o en función del contexto.
- Distorsiones: los sonidos se alteran en la forma de articulación.
- Sustituciones: se sustituyen uno o más sonidos.
- Adiciones: se añaden uno o más sonidos adicionales a ciertas sílabas.
- Desorganización de la estructura de la palabra: omisiones, adiciones y cambios de orden en las sílabas o sonidos que forman la palabra.

El TDSH involucra funciones sensoriales auditivas generales (b230) y, más específicamente, las funciones de percepción auditiva (b1560) y de discriminación de los sonidos del habla (b2304). Asimismo, influye en las funciones relacionadas con la articulación de sonidos (b320). En algunas ocasiones puede afectar a las funciones musculares (b730, b735) y el control psicomotor de la zona oral (b1478), pero predominantemente incide en funciones ejecutivas, como la memoria a corto plazo (b1440), la recuperación de la secuencia fonológica de las palabras (b1448) y en funciones mentales específicas para crear, secuenciar y coordinar movimientos automatizados y complejos con un propósito (b1478). Estas disfunciones pueden ser comórbidas con la apraxia del desarrollo del habla (b176). El TDSH puede limitar significativamente la actividad y participación en la comunicación, afectando principalmente a la capacidad de emitir mensajes hablados, que pueden ser ininteligibles en casos severos (d330), con niveles de afectación que varían del 1 al 4, pero también en la capacidad de prestar atención voluntaria al habla de los demás en la acción de escuchar (d115).

Codificación CIE-11

Código	Concepto
6A01.0	Trastorno del desarrollo de los sonidos del habla

Causas

En el momento de publicación de este documento, no se conoce la causa de los TDSH; sin embargo, se conocen algunos factores de riesgo, predictores o agravantes. Los factores notificados con más frecuencia son los siguientes:

- Género: la incidencia de TDSH es más alta en varones que en mujeres.
- Antecedentes familiares: los niños que tienen familiares con dificultades en el habla o en el lenguaje tienen más probabilidades de

presentar un TDSH. Algunos estudios señalan que el TDSH comparte marcadores genotípicos con los del trastorno de aprendizaje con dificultades en la lectura.

- Déficits perceptivos: la evidencia confirma que los déficits en la percepción del habla están presentes en parte de los niños con TDSH y puede impactar significativamente en la presión articulatoria.
- La otitis media persistente, a menudo asociada a pérdida auditiva temporal o fluctuante, se relaciona a veces con una disminución en las habilidades de discriminación y producción del habla.
- La inconsistencia de los errores en la etapa preescolar es un predictor de normalización tardía de la precisión articulatoria. Igualmente, las puntuaciones bajas en vocabulario receptivo son indicadores de recuperación más tardía.
- La relación entre mala oclusión y dificultades articulatorias es leve, se limita a la distorsión o sustitución de sonidos frontales y no se aprecian patrones diferentes según las malas oclusiones.
- Algunos estudios han relacionado factores como el estrés materno, las infecciones durante el embarazo, las complicaciones durante el parto, el parto prematuro o el bajo peso al nacer con retrasos y trastornos de los sonidos del habla.
- Las revisiones sistemáticas sobre el efecto del bilingüismo en niños con TDSH se han realizado mayoritariamente en lengua inglesa y no permiten establecer conclusiones definitivas, aunque sí se aprecian diferencias entre los monolingües y bilingües en términos de tasa y patrones de error, tanto con transferencia positiva como negativa. Además del sesgo del idioma inglés, estos estudios presentan carencias en el control de variables externas relevantes, como aspectos sociales y económicos. Hay que tener en cuenta que solo se puede considerar TDSH si las dificultades aparecen en todos los idiomas que habla el niño aunque los errores no siempre sean los mismos, a consecuencia de la variación de sonidos de un idioma a otro. Se debe valorar el contacto en cantidad y calidad con cada idioma.
- La debilidad de la lengua no es un factor etiológico del TDSH, pero sí se relaciona con las dificultades de pronunciación de los niños con trastornos motores del habla, como la disartria.

Epidemiología

Aunque los estudios tienen limitaciones por la falta de consenso en la definición del trastorno y las diferencias entre los métodos de evaluación, por investigaciones longitudinales en lengua inglesa, sabemos que la prevalencia entre los 4 y los 8 años de los trastornos graves que impactan en la inteligibilidad son del 3,6 %. En otros estudios que incluyen niños que presentan únicamente errores residuales, los valores estimados oscilan entre el 20 y el 50 %. La comorbilidad con el trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) es del 40,8 %, con las dificultades específicas de aprendizaje del lenguaje escrito del 20,8 % y con la dispraxia verbal del 0,1 %. El 91 % de los logopedas que trabajan con población escolar

en Estados Unidos atienden niños con TDSH y esta patología supone el 20 % de su carga de trabajo.

El CLC aconseja a investigadores y estudiantes realizar estudios para conocer la prevalencia local de TDSH en nuestro país.

Impacto en la vida de la persona

Los errores de pronunciación pueden generar en el interlocutor una valoración negativa del hablante. Dependiendo de la gravedad de la sintomatología, pueden afectar a los logros sociales y académicos, así como a la autoimagen y la autoestima. Además, la dificultad de expresión puede implicar restricciones en la cantidad y calidad de las interacciones verbales, dado que los interlocutores suelen ajustar a la baja los enunciados, subestimando las capacidades lingüísticas del niño. Esta circunstancia puede impactar negativamente en el desarrollo morfosintáctico y lexicosemántico, ya que limita las oportunidades para consolidar los usos más complejos del lenguaje. La reducción sintáctica y semántica puede ser una consecuencia intrínseca al trastorno o una estrategia adaptativa para favorecer el intercambio efectivo de mensajes ante la falta de inteligibilidad. Algunos interlocutores pueden encontrar simpática la forma de hablar de los niños más pequeños, lo que puede contribuir a consolidarla y complicar su corrección.

El TDSH afecta tanto a la producción del habla (d330) como a la conversación (d350), con repercusiones en la adaptación escolar (d815 Educación Preescolar y d820 Educación Escolar). También puede influir en aspectos psicosociales (b122), en la adquisición de información en la medida que limite la interacción (d132), en el aprendizaje de idiomas (d133, d134) y, potencialmente, en dificultades de aprendizaje (d137, d140, d145) y en las relaciones con extraños (d730), informales (d750) o con familiares (d760).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que orienten sus investigaciones a la creación de conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para identificar sobre qué elementos inciden los TDSH.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: mínima limitación para expresarse

Es capaz de comunicarse de forma efectiva en la vida diaria. Aunque puede cometer errores de articulación ocasionales y mostrar una ligera imprecisión en la pronunciación, su habla sigue siendo inteligible.

Grado I: moderada limitación para expresarse

Puede resolver la demanda de la vida diaria para expresarse. Algunas veces presenta errores en la articulación, limitación leve en la precisión de la palabra, transmite sensación de discontinuidad, duda, lentitud o dificultad. Su habla puede ser ininteligible en conversaciones sobre temas descontextualizados, y puede resultar ininteligible para personas que no le conocen.

Grado II: limitación severa para expresarse

Puede resolver con poca o sin ayuda prácticamente todas las situaciones de la vida diaria, pero los errores fonéticos y fonológicos o la reducción sintáctica o semántica determinan una dificultad obvia para referirse a temas específicos. Su habla es ininteligible para desconocidos e, incluso, para personas cercanas cuando habla de temas fuera de contexto. Si utiliza lenguaje gestual se comunica con fluidez dentro de su entorno lingüístico habitual, aunque experimenta dificultades notables cuando depende exclusivamente del lenguaje oral.

Grado III: limitación grave para expresarse

Con ayuda puede resolver algunas situaciones de la vida cotidiana, aunque con ciertas limitaciones. Los errores fonéticos y fonológicos generan una dificultad notable para hablar sobre temas específicos, y a menudo experimenta fracasos al intentar expresar ideas, depende mucho del interlocutor. Su habla es ininteligible para desconocidos e, incluso, difícilmente comprensible para personas allegadas en conversaciones coloquiales. En estos casos, la persona no puede ajustarse adecuadamente a la situación comunicativa, utiliza estereotipias, repeticiones ecolálicas o expresa ideas que no tienen relación con el contexto, simplemente para mantener la comunicación. Los gestos solo le permiten referirse a aspectos concretos y directamente relacionados con el contexto.

Grado IV: limitación total para expresarse

Limitación completa para expresarse en la vida normal. La comunicación, si se efectúa, es solo a partir de expresiones incompletas o ininteligibles que obligan al interlocutor a inferir, extraer el contenido comunicativo a partir de preguntas continuas que simplifican la conversación o adivinarlo en gran medida. Si esta fuera la dificultad, podría no ajustarse en absoluto a la situación comunicativa, incluso aunque fuera capaz de reproducir frases o secuencias de habla aparentemente complejas.

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes para la realización del diagnóstico y los tratamientos preventivos, rehabilitadores y de mantenimiento de los trastornos del habla, sea cual sea la causa que los produce. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del habla, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados

conocen las bases anatomofisiológicas del habla, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del habla o la instauración de un habla sustitutoria o de otros sistemas alternativos de comunicación.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello. A pesar de que la formación universitaria inicial es suficiente para la evaluación y el tratamiento de los TDSH, los avances en las definiciones, instrumentos y técnicas así como la diversidad de procedencias lingüísticas de los niños de nuestro entorno, justifican la necesidad de una formación continuada actualizada en este ámbito de la logopedia.

Orientación interdisciplinar

El diagnóstico y tratamiento del TDSH es esencialmente logopédico. Los logopedas pueden detectar signos de tipo neurológico o relacionados con la audición y las estructuras orofaciales, que puedan justificar las alteraciones del habla, para poder realizar las interconsultas pertinentes cuando sea necesario. En algunos casos graves, cuando el impacto en la autoimagen es muy significativo o el trastorno se relaciona con una inmadurez emocional, será necesaria la intervención de profesionales de la psicología.

185

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

Las alteraciones de los sonidos del habla son trastornos que generan gran preocupación en los padres y madres de los niños afectados. Este hecho hace que la demanda de atención sanitaria se pueda producir de forma directa a los servicios de logopedia o por derivación del médico pediatra; en este caso deberá aportar información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Tiempo de evolución de la clínica y repercusión en las actividades de la vida diaria del paciente.
- Pruebas complementarias relacionadas realizadas, resultado, interpretación y fecha de realización.
- Tratamientos relacionados realizados.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los TDSH:

- 1 Confirmar la presencia del trastorno y realizar el diagnóstico diferencial con TDL y otras comorbilidades, como la apraxia del desarrollo del habla y la disartria.
- 2 Determinar la gravedad del trastorno según la inteligibilidad y el grado de precisión articulatoria.
- 3 Identificar las capacidades afectadas que pueden considerarse factores causales, moderadores, agravantes o que contribuyan a la persistencia del trastorno.
- 4 A partir de los cuatro años, y siempre que sea posible, estimar el impacto potencial en el aprendizaje del lenguaje escrito.

1 / Evaluación de la estructura y las funciones corporales

La adquisición del habla es un proceso complejo, que implica la percepción del habla, el almacenamiento y la recuperación de información fonológica, la planificación y ejecución motora, así como la automonitorización articulatoria. En consecuencia, el plan de evaluación incluirá:

- Descartar el TDL mediante pruebas tipificadas o mediante la evidencia clínica sobre el desarrollo gramatical y semántico. Si no es posible descartarlo, valorar el diagnóstico comórbido.
- Determinar la etapa de desarrollo fonológico mediante el análisis fonológico.
- Determinar la gravedad del trastorno mediante el grado de ininteligibilidad y la precisión articulatoria.
- Estudiar los niveles de procesamiento de habla afectados: percepción de los sonidos del habla, repertorio fonológico generador del léxico y repertorio de estimulabilidad, inconsistencia y atipias del desarrollo.
- Estudio del procesamiento fonológico: memoria de trabajo fonológica, conciencia fonológica (a partir de los 4 años) y conciencia del principio ortográfico (a partir de los 5 años).
- Estudio de los aspectos anatómicos y fisiológicos que pueden ser factores agravantes y cronificar el trastorno: cribado o despistaje audiológico, exploración anatómico funcional de la boca; valoración práxica por imitación o ejecución de movimientos complejos intencionales; diadococinesias articulatorias; valoración de funciones neurovegetativas (deglución y respiración); valoración instrumental del rendimiento oral (fuerza y resistencia lingual y labial) en casos de debilidad crítica.
- Valoración de indicadores clínicos de disartria o apraxia, si procede.

La evaluación puede incluir tanto pruebas estandarizadas como medidas del rendimiento lingüístico a través de análisis clínicos detallados, incluyendo el análisis fonológico de muestras de habla, que deben ser grabadas. Adicionalmente, se pueden realizar análisis acústicos, pruebas de percepción auditiva y de rendimiento oral, utilizando tecnología especializada o métodos de cribado. Todos estos elementos se integran en una valoración clínica para emitir el diagnóstico detallado.

Se recomienda hacer uso de la escala de inteligibilidad en contexto de McLeod como indicador de inteligibilidad. La valoración de la severidad se puede realizar mediante el Índice de Consonantes Correctas (PCC), considerado el estándar de referencia para el seguimiento del desarrollo fonológico. También se pueden utilizar otros índices posteriores, como el porcentaje de palabras completas correctas. Es importante examinar los aspectos de participación social en las entrevistas.

La efectividad del tratamiento puede evaluarse a través de cuestionarios dirigidos a familiares, como el *Therapy outcome measures for allied health practitioners in Australia* (TOM-aus), que no dependen del idioma de la persona evaluada. Entre las pruebas estandarizadas que se pueden emplear encontramos: la evaluación del desarrollo fonológico de L. Bosch, el Análisis del retraso del habla (AREHA) - Anàlisi del retard de la parla (AREPA) y la Prueba de Evaluación Fonética-Fonológica (PEFF). Para la evaluación de los aspectos relacionados con funciones ejecutivas y la metafonología pueden utilizarse algunas de las pruebas de baterías neuropsicológicas como Nepsy II, o hacer uso de estrategias adaptadas que no penalicen los errores de pronunciación, como las propuestas por Roepke.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes orientar sus investigaciones a la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los TDSH.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

La evaluación del impacto de los TDSH en la vida de los pacientes requiere una atención específica en las entrevistas con el paciente y su entorno. En el momento de publicación de este documento no se conocen pruebas de autoevaluación en relación con estos aspectos:

- Implicaciones sociales de las limitaciones del habla.
- Limitaciones en los usos conversacionales y sofisticados del lenguaje, propios de entornos escolares.
- Limitaciones tanto en el ámbito expresivo como en el receptivo.
- Implicaciones en la autoimagen y la autoestima.

3 / Evaluación del contexto

Las entrevistas con el paciente y su entorno deben servir para la identificación de barreras contextuales y facilitadores:

- Entorno comunicativo y oportunidades de interacciones de buena calidad.
- Reacción del medio familiar y social ante el trastorno (según los códigos CIF e3 y e4).
- Oportunidades de exposición al lenguaje elaborado propio de cada momento evolutivo.
- Hábitos paratípicos orales: conductuales, de alimentación y respiración.

→ Servicios, sistemas y políticas sanitarias y de educación relacionadas (e5 en la CIF).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de las necesidades de la persona y su contexto.

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

En general, son tributarios de logopedia los pacientes con TDSH susceptibles de mejora con tratamiento logopédico, en su sintomatología o en el impacto del trastorno en su vida cotidiana.

La estimulabilidad y la inteligibilidad se han identificado como los predictores más eficaces para la normalización del habla en comparación con la presencia de errores atípicos y la competencia limitada en el lenguaje expresivo. En consecuencia, se aconseja otorgar prioridad dentro de los servicios de logopedia a aquellos niños que presenten niveles bajos de inteligibilidad y estimulabilidad, ya que es menos probable la remisión espontánea temprana de los signos.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante alguna circunstancia que impida o interfiera en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de colaboración, rechazo a la terapia, incomparecencia al tratamiento o no cumplimiento de las pautas indicadas. Falta de responsabilidad del paciente o de su familia en el proceso asistencial.
- Falta de niveles mínimos de alerta, consciencia, atención, cognición y colaboración para participar en una rehabilitación de la comunicación.
- Pacientes que presentan trastornos de conducta o de adicción que impiden el aprendizaje.
- Falta de apoyo sociofamiliar adecuado cuando este es imprescindible para el tratamiento.
- Circunstancias externas que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y la mejora funcional del paciente.

188

Trastorno del
desarrollo de los
sonidos del habla

¿Cómo intervenir?

Objetivos

El objetivo principal es conseguir que la persona desarrolle un habla lo más funcional posible, teniendo en cuenta el momento evolutivo y sus limitaciones estructurales y funcionales. Esto debe permitir una mejor adaptación psicológica, familiar y social.

- **Habilidades:** mejorar la funcionalidad del habla. Mejorar, en la medida de lo posible, las funciones en el procesamiento del habla y en el procesamiento fonológico como factores de riesgo de dificultades específicas del aprendizaje.
- **Actividad:** minimizar la discapacidad en la comunicación, incluyendo las estrategias compensatorias desarrolladas gracias al tratamiento.
- **Participación:** permitir la participación según las circunstancias y preferencias de cada individuo. Desarrollar habilidades y confianza social, fomentar la independencia y toma de decisiones. Reducir el aislamiento y aumentar la integración social.
- **Bienestar:** maximizar la sensación de bienestar y la calidad de vida de las personas, incluido el entorno familiar. Desarrollar estrategias de afrontamiento.

189

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ser agentes promotores de la salud comunicativa. En el ámbito del TDSH, los logopedas pueden participar en políticas y acciones que conduzcan a la valoración del habla normativa, eficaz y propia de cada etapa del desarrollo, como un bien para la comunidad. También pueden impulsar acciones de cribado en población de riesgo, detección temprana y de educación y sensibilización para eliminación de muestras y comportamientos parentales de habla que no favorezcan el desarrollo y la participación. Por otra parte, los logopedas pueden participar activamente en la difusión del respeto hacia las personas con alteraciones del habla, evitando la creación de arquetipos ridiculizadores y burlescos del habla alterada y también respetando las variantes dialectales y diastráticas.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios de intervenciones preventivas en los TDSH.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

En las últimas décadas, se han distinguido dos enfoques para el tratamiento: clínico y naturalista. En los enfoques clínicos, los logopedas administran el tratamiento directamente al niño. Las sesiones de trabajo se realizan normalmente en su consulta, pero también podrían realizarse en el domicilio o en un despacho en la escuela. El entorno social del niño no participa activamente en el tratamiento y solamente recibe consejo y asesoramiento para entender el trastorno y, quizás, consolidar algunos

objetivos. Por el contrario, en los enfoques naturalistas, los logopedas trabajan con familiares o educadores para proporcionarles las herramientas y estrategias que constituyen el tratamiento. Este segundo enfoque se basa principalmente en el modelo centrado en la familia y en el modelo de respuesta a la intervención.

Los estudios no permiten asegurar que uno de estos enfoques (clínicos o naturalistas) tenga mejores resultados que otro en todas las ocasiones. Las investigaciones confirman que los profesionales podrían usar con efectividad ambos enfoques, diferenciando entre casos de menor y mayor gravedad.

Intervenciones en entorno clínico

El objetivo principal del tratamiento es mejorar la inteligibilidad del habla, para que no se convierta en un obstáculo en las interacciones lingüísticas y sociales. El segundo objetivo es conseguir la precisión articulatoria propia de la edad evolutiva y, en tercer lugar, mejorar las habilidades de procesamiento fonológico en los casos donde se aprecie riesgo de dificultad de aprendizaje de lectura y escritura.

La adquisición del habla es un proceso complejo que implica múltiples habilidades englobadas en el procesamiento del habla: percepción de los sonidos, su categorización en un sistema fonológico con el que formar el léxico, almacenamiento y recuperación de la información fonológica de las palabras, junto con la planificación y ejecución motora, y la automonitorización articulatoria. Estos procesos se activan en los contextos comunicativos, interaccionando con el resto de ámbitos lingüísticos, incluidos los del lenguaje escrito.

En consecuencia, el CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a intervenir en los siguientes elementos de los TDSH, en función de las características del niño:

- Entrenamiento de la percepción auditiva en los casos que se compruebe que este es un factor implicado. Debe incluir las etapas de discriminación y reconocimiento de sonidos y sílabas, dentro de palabras o enunciados. Los estímulos deben ser verbales y relacionados con las dificultades observadas. En ciertos casos, especialmente en niños más pequeños o con más dificultades, puede ser útil el entrenamiento perceptivo con estímulos no verbales para mejorar la focalización de la atención en la escucha. No obstante, el enfoque principal del tratamiento debe estar en los sonidos y las estructuras fonotácticas relacionadas con el trastorno.
- Mejorar la estimulabilidad de los segmentos articulatorios accesibles, con el fin de superar la tendencia a la homonimia reductora de los casos graves en edades más tempranas.
- Focalización del tratamiento en los procesos de simplificación de habla que más impacto tengan en la inteligibilidad. En general, la intervención debe ir enfocada a los procesos de simplificación, entendidos como patrones reductores del sistema fonológico, más que a cada uno de los sonidos por separado.

- Focalización del entrenamiento en grupos reducidos de palabras clave de estructura fonotáctica cuidadosamente estudiada para que ayuden a fijar la estructura fonológica, su correspondiente huella auditiva y el programa motor asociado («los niños aprenden palabras, no sonidos»).
- Entrenamiento a partir de los 4 años de las habilidades de conciencia fonológica silábica que contribuyan al análisis, almacenamiento y recuperación de la estructura del léxico.
- Estimulación de la autopercepción sensorial y háptica para favorecer la conciencia de la articulación y el monitoreo sensorial (auditivo y cinestésico).
- Entrenamiento para la generación de programas motores estables y precisos que progresivamente se convierten en automatismos articulatorios.
- Tratamiento, si se precisa, de los factores agravantes (hábitos paratípicos y funciones orales no verbales).
- Con los niños de 5 o más años, los programas de procesamiento fonológico deben alcanzar tareas de conciencia fonémica y relacionarse con el aprendizaje incipiente de la lectura y escritura, reforzando la adquisición del principio alfabético y favoreciendo los procesos de análisis de los sonidos de las palabras.

Junto con este planteamiento habitual en la práctica clínica, podemos encontrar en la literatura de la especialidad algunas referencias a métodos o programas para la mejora de la producción de los sonidos del habla. También pueden consultarse recursos de organismos que se ocupan de la clasificación de programas de intervención siguiendo criterios de evidencia científica como: *What Works* o *ASHA Evidence Maps*. A continuación, presentamos una selección con una breve descripción extraída de Williams, McLeon y McCauley.

Estimulabilidad

La imitación de onomatopeyas se emplea para vincularlas con los programas motores de los sonidos del habla, con el objetivo de incrementar el repertorio de sonidos que el niño puede integrar al producir léxico. Se recurre a juegos diseñados para fomentar la interacción comunicativa.

Intervenciones basadas en la percepción del habla

Desde los inicios de la terapia logopédica, se ha destacado la importancia de integrar tareas de discriminación auditiva para los sonidos del habla que el niño no pronuncia correctamente, siendo esta estrategia un pilar en muchos programas actuales. Métodos como el "bombardeo auditivo", que implica la exposición repetida a vocabulario que incluye el rasgo fonológico deseado, forman parte de diversas técnicas empleadas. La evidencia científica actual sugiere priorizar los tratamientos que utilizan estímulos verbales, como sílabas o palabras, ya que los

estímulos sonoros no verbales, como sonidos musicales o de la naturaleza, no han demostrado efectividad en la transferencia hacia el habla. Asimismo, se recomienda enfocar la atención en los rasgos específicos que presentan dificultades perceptivas para el niño, dado que la transferencia de habilidades en áreas no trabajadas directamente es poco probable.

Terapia basada en ciclos

Se utiliza una estrategia que combina la estimulación sensorial con métodos de pronunciación que enfatizan la repetición de palabras clave, escogidas meticulosamente para impactar positivamente en el sistema fonológico del niño. Además, el proceso de aprendizaje se organiza en ciclos definidos por periodos de tiempo, optimizando así su eficacia.

Vocabulario básico

Se elige un conjunto de palabras basándose exclusivamente en su utilidad práctica para el niño, no en su estructura fonética. Se implementa una enseñanza explícita orientada a reducir la inconsistencia, enfatizando la importancia de que el niño reproduzca estas palabras de manera consistente, lo más cercano posible al estándar adulto. Incluso si la imitación no es perfecta, se prioriza y refuerza la consistencia en la pronunciación. Esta aproximación integra ejercicios de repetición consciente con el empleo funcional del vocabulario, solicitando para ello la participación de la familia.

Enfoque psicolingüístico

Se fundamenta en un análisis exhaustivo de las dificultades específicas de procesamiento del habla, identificando los puntos clave que enlazan la percepción auditiva con la producción articuladora. Este método propone estrategias de intervención que no solo abordan los niveles básicos del procesamiento, relacionados con funciones y órganos sensoriales y motores, sino también los niveles complejos, como el acceso a la memoria, la organización fonológica, y la gestión y recuperación de representaciones mentales estables de la estructura fonológica de las palabras. Este modelo es especialmente útil para tratar las dificultades en las primeras etapas del aprendizaje de la lectura y la escritura que a menudo presentan los niños con TDSH.

Intervención basada en pares mínimos y en oposiciones múltiples

Los estímulos utilizados son pares de palabras que difieren únicamente en un sonido en que el niño presenta dificultades. Cuando la diferencia entre las palabras es de un único rasgo articulatorio (ejemplo: «bota-gota») se denomina terapia de «contrastes o pares mínimos». Si la variación incluye más de un rasgo (por ejemplo, «pera-pesa»), se denomina terapia de «contrastes u oposiciones

múltiples». Al enfrentar al niño a ambas palabras en ejercicios de percepción o de pronunciación, se le hace evidente que el oyente no puede entender a qué se refiere, generando así conciencia sobre la confusión que su pronunciación puede provocar. Esto motiva al niño a esforzarse para diferenciar claramente entre los sonidos, y buscar evitar la homonimia.

PROMPT (Prompts for Restructuring Oral Muscular Phonetic Targets)

Este enfoque considera que la audición, la somatosensibilidad, y la estimulación táctil juegan roles igualmente importantes en el desarrollo fonológico, usándolas a la vez en la terapia. El logopeda manipula cuidadosamente la mandíbula del niño y utiliza toques suaves en su cara para dirigir los movimientos articulatorios necesarios. Al mismo tiempo, ayuda del niño a tomar conciencia de las sensaciones que estos movimientos generan en articular los sonidos seleccionados de manera sistemática.

Intervenciones en entorno natural

Estas intervenciones se llevan a cabo mediante la colaboración activa con las familias, reemplazando la intervención directa del logopeda por una participación preparada de padres y cuidadores. Los logopedas diseñan sesiones de trabajo con los padres para ajustar comportamientos y maneras de interactuar con los niños y generar cambios que impacten positivamente en la evolución del trastorno. Se emplean grabaciones de vídeo en el hogar para monitorear a los familiares, facilitando así la retroalimentación y permitiendo la adaptación del programa según sea necesario. Estos métodos, que priorizan la implicación familiar sobre la intervención directa del profesional, no deben confundirse con la práctica habitual de proporcionar orientaciones y consejos a la familia, que suele suceder cuando el logopeda gestiona el tratamiento de manera directa.

Como ejemplo de estos enfoques se propone el *Enhanced Milieu Teaching* en su versión adaptada al trabajo con niños con TDSH y también con niños con paladar hendido. El enfoque *Milieu Teaching* es uno de los que más evidencia científica ha acumulado con niños con trastorno del lenguaje y el habla.

Enhanced Milieu Teaching with Phonological Emphasi

El método *Milieu Teaching with Phonological Emphasis* es un método de intervención que integra técnicas de enseñanza naturalistas con un enfoque específico en la mejora de las habilidades fonológicas. Este método se basa en aprovechar las oportunidades de aprendizaje que surgen en el entorno natural del niño y se enfoca en la interacción entre el niño y su medio social para fomentar el desarrollo del habla y el lenguaje. Las estrategias incluyen, entre otros, el modelado, la expansión de enunciados y la imitación, con un énfasis particular en la corrección y el enriquecimiento de los patrones fonológicos del niño.

Recomendaciones sobre la intervención

Más allá de las diversas técnicas y estrategias de intervención, el CLC orienta a los profesionales en algunas consideraciones sobre aspectos transversales de la intervención logopédica en el TDSH.

- **Duración:** las intervenciones para los TDSH se planifican con una duración ajustada a los objetivos establecidos: para los niños más pequeños se pueden definir metas realistas a corto plazo que mejoren su inteligibilidad y participación, y mitiguen el impacto negativo en su desarrollo lingüístico. En estos casos, se contempla un seguimiento y retomar la intervención intensiva más adelante si es necesario. Para los niños mayores, la intervención suele intensificarse con el fin de minimizar las repercusiones adversas en la etapa de la educación primaria y sus potenciales efectos en el rendimiento académico.
- **Dosificación:** no se han identificado diferencias significativas entre intervenciones de alta frecuencia con periodos de descanso (por ejemplo, quince días consecutivos seguidos de dos meses sin sesión) y tratamientos continuos (por ejemplo, dos días a la semana durante tres meses consecutivos).
- **Medio social:** algunos autores recomiendan llevar a cabo la intervención en el contexto escolar, involucrando a los educadores como agentes o cooperantes. Se ha comparado la eficacia de los tratamientos de enfoque clínico con los de enfoque naturalista, sin que sea posible asegurar que ninguno aporta ventajas definitivas sobre otro en cualquier circunstancia. No obstante, se ha señalado que la variable compromiso de los padres y la variable experiencia y formación de las logopedas sí que son relevantes en los resultados.
- **Tipo de intervención:** podrían desarrollarse de forma individual o en grupos pequeños, entre 3 y 5 menores, y homogéneos al menos por patología, según las necesidades de los menores y los recursos disponibles. Así pues, los tratamientos pueden ser individuales o grupales; presenciales, semipresenciales o telemáticos.
- **Riesgos asumibles en la intervención:** este tipo de intervenciones no conlleva riesgos para los participantes, ya sean pacientes o profesionales implicados. Sin embargo, no se puede ignorar un riesgo moderado de incremento en la ansiedad de los padres después de recibir el diagnóstico y durante la espera de la evolución previsible. Los padres deben ser aconsejados para evitar que sus expectativas y manifestaciones de preocupación tengan un efecto punitivo en el niño.

Cuando la intervención supone una disminución considerable del tiempo de escolarización existe un riesgo potencial derivado de la falta de horas de clase. Además, existe una posibilidad de impacto social negativo. Algunos estudios indican que las dificultades de comunicación y la

segregación en el aula para recibir apoyo escolar pueden incrementar la probabilidad de acoso escolar en estos niños.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención logopédica en TDSH.

Intervenciones de mantenimiento de la función

La colaboración de los familiares es importante para reforzar los avances logrados mediante la terapia logopédica, incluso cuando su papel en el proceso terapéutico sea limitado. Los padres deben recibir información sobre las estrategias más efectivas para apoyar a sus hijos, fomentando el uso del lenguaje en diversas situaciones y contextos. De igual manera, los docentes deben estar al tanto de los progresos del niño para proporcionarle oportunidades de desarrollo adecuadas, evitando exponerlo a situaciones que no se ajusten a su nivel evolutivo.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios sobre la intervención de mantenimiento en TDSH.

Intervenciones en el entorno

Independientemente de que se elija un enfoque clínico o un enfoque naturalista, será necesario asesorar y comprometer al entorno familiar y social del niño para favorecer la generalización del tratamiento y evitar las consecuencias sociales del trastorno.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

El CLC recomienda no usar los programas basados en ejercicios de motricidad orofacial, también llamados «programas de praxias» para el tratamiento del TDSH. Durante las dos últimas décadas, se ha acumulado suficiente evidencia para desaconsejar tratar los TDSH mediante ejercicios de motricidad oral. Los conocimientos acumulados sobre el control motor demuestran que los patrones de movilidad y la organización cerebral correspondiente son diferentes para el habla y para otras funciones no verbales ligadas a la alimentación y la respiración.

Equipamiento

Para la intervención logopédica en los TDSH, el equipamiento necesario es el habitual en un servicio de logopedia. Habrá que disponer de mesas y sillas adaptadas a la edad de los pacientes, espejos de cuerpo y pequeños, depresores o guía lenguas, guantes estériles para las acciones intraorales, imágenes para denominar, juegos estructurados y materiales para el juego simbólico.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así

lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

Información de alta

Requisitos de alta

Para valorar el estado funcional del paciente en el momento del alta, se realiza una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial y se informa del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral informa que el estado del paciente ha mejorado en su grado de severidad o bien cuando:

- La producción del habla del individuo es equivalente a la de personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.
- La inteligibilidad del habla del individuo no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud, la seguridad y la independencia.
- El paciente ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- Las tareas del tratamiento son de naturaleza repetitiva y ya no suponen cambios en las capacidades, o el paciente no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta se ofrecen al paciente y a sus familiares recomendaciones orientadas a mantener y consolidar los logros terapéuticos. Cuando se considere adecuado, se facilitará material y pautas para continuar el trabajo en el domicilio, incluyendo orientaciones sobre la comunicación y la interacción en el entorno familiar.

196

Trastorno del
desarrollo de los
sonidos del habla

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b1440 Memoria a corto plazo b1448 Funciones de la memoria, otras especificadas b1478 Funciones psicomotoras, otras especificadas b1560 Funciones de la percepción auditiva b176 Funciones mentales relacionadas con el encadenamiento de movimientos complejos
b2 Funciones sensoriales y dolor	b230 Funciones auditivas
b3 Funciones de la voz y el habla	b320 Funciones de articulación
b7 Funciones neuromusculo-esqueléticas y relacionadas con el movimiento	b730 Funciones relacionadas con la fuerza muscular b735 Funciones relacionadas con el tono muscular
ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN	
d1 Aprenendizaje y aplicación del conocimiento	d115 Escuchar d330 Hablar d815 Educación preescolar d820 Educación escolar b122 Aspectos psicosociales globales d132 Adquirir información d133 Adquirir el lenguaje d134 Adquirir el lenguaje adicional d137 Adquirir conceptos d140 Aprender a leer d145 Aprender a escribir d135 Repetir
d3 Comunicación	d330 Hablar d350 Conversación

**d7
Interacciones
y relaciones
interper-
sonales
generales**

d730 Relacionarse con extraños
d750 Relaciones sociales informales
d760 Relaciones familiares

FACTORES AMBIENTALES**e3
Apoyos y
relaciones**

e310 Familiares cercanos
e320 Amigos
e325 Conocidos, compañeros, colegas, vecinos y
miembros de la comunidad
e355 Profesionales de la salud
e360 Otros profesionales

**e4
Actitudes**

e410 Actitudes individuales de miembros de la
familia cercanos
e415 Actitudes individuales de otros familiares
e420 Actitudes individuales de amigos
e430 Actitudes individuales de personas en cargos
de autoridad

**e5
Servicios,
sistemas
y políticas**

e580 Servicios, sistemas y políticas sanitarias
e585 Servicios, sistemas y políticas de educación y
formación

Bibliografía

- Aguilar Mediavilla E, Serra Raventós M. A-RE-PA. Anàlisi del retard de la parla. 4a edició. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2015.
- Bosch Galceran L. Avaluació del desenvolupament fonològic en nens catalanoparlants de 3 a 7 anys. Promociones Publicaciones Universitarias; 1a ed. Barcelona, 1987. Disponible en: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/handle/11162/17423>
- Bowen C, editor. Children's speech sound disorders, 3ra. ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons; 2023.
- Dodd B, editor. Differential diagnosis and treatment of children with speech disorder. 2a ed. Londres: Whurr; 2013.
- Hearnshaw S, Baker E, Munro N. Speech Perception Skills of Children with Speech Sound Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. Journal of Speech, Language & Hearing Research; 2019;62(10):3771-89.
- Ingram D. The measurement of whole-word productions: Journal of Child Language. Journal of Child Language. 2002; 29 (4): 713-32.
- Korkman M, Kirk U, Kemp S. NEPSY-II- Bateria neuropsicológica infantil. Madrid: Pearson; 2014.
- Law J, Dennis JA, Charlton JJV. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2017;2017(1):CD012490. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012490>
- Lee ASY, Gibbon FE. Non-speech oral motor treatment for children with developmental speech sound disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews

- 2015, Issue 3. Art. No.: CD009383. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009383.pub2> [Acceso 1 de abril de 2024].
- McLeod S, Harrison LJ, McCormack J. The Intelligibility in Context Scale: Validity and Reliability of a Subjective Rating Measure. *Journal of Speech, Language & Hearing Research*. 2012;55(2):648-56.
- McNeill B, McIlraith AL, Macrae T, Gath M, Gillon G. Predictors of Speech Severity and Inconsistency Over Time in Children with Token-to-Token Inconsistency: *Journal of Speech, Language & Hearing Research*. 2022;65(7):2459-73.
- Perry A, Morris M, Unsworth C, Duckett S, Skeat J, Dodd K, et al. Therapy outcome measures for allied health practitioners in Australia: the AusTOMs. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;16(4):285-91.
- Potter NL, Nievergelt Y, VanDam M. Tongue Strength in Children With and Without Speech Sound Disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*; 2019;28(2):612-22.
- Roepke E. Assessing Phonological Processing in Children With Speech Sound Disorders. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. 2024;9(1):14-34.
- Rvachew S, Brosseau-Lapr   F. Developmental phonological disorders: foundations of clinical practice. 2a ed. San Diego, CA: Plural Publishing, Inc; 2018.
- Shriberg LD, Austin D, Lewis BA, McSweeney JL, Wilson DL. The Percentage of Consonants Correct (PCC) Metric. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 1997;40(4):708-22.
- Stackhouse J, Wells B. Children's speech and literacy difficulties: A psycholinguistic framework. Londres: Wiley; 1997.
- Sum To CK, McLeod S, Ka Lam Sam, Law T. Predicting Which Children Will Normalize Without Intervention for Speech Sound Disorders: *Journal of Speech, Language & Hearing Research*; 2022;65(5):1724-41.
- Williams AL, McLeod S, McCauley RJ, editors. Interventions for speech sound disorders in children. 2a ed. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.; 2021.
- What Works database - Speech and Language UK: Changing young lives [Internet]. Speech and Language UK: Changing young lives. 2023. Disponible en: <https://speechandlanguage.org.uk/educators-and-professionals/what-works-database/>
- Ygual-Fernandez A, Cervera-Merida JF. Eficacia de los programas de ejercicios de motricidad oral para el tratamiento logop  dico de las dificultades de habla. *Revista de Neurolog  a*; 2016;62 Suppl 1:S59-64.