

Trastornos del lenguaje

J. Artigas-Pallarès*, I. Paula Pérez**, E. Ventura Mallofré***

*Profesor de Postgrado Trastornos de Espectro Autista. Universidad de Barcelona; Coordinador del Máster Trastornos de Espectro Autista. Universidad de la Rioja; Profesor del Máster Universitario en Neuropsicología. Universidad Loyola. Sevilla. **Profesora titular de Trastornos del Neurodesarrollo. Departamento de métodos de investigación y diagnóstico en educación. Universidad de Barcelona. ***Psiquiatra infanto-juvenil. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona



Resumen

Esta revisión aborda de forma sencilla y clara los aspectos conceptuales del lenguaje y sus disfunciones. A pesar de su carácter divulgativo, se incorporan ideas muy recientes vinculadas al neurodesarrollo del lenguaje que pueden interesar, tanto al pediatra generalista como a otros profesionales implicados en la salud mental infanto-juvenil.

Partiendo del análisis de la naturaleza y desarrollo del lenguaje, se describe cada una de las entidades integradas en los manuales diagnósticos bajo la denominación genérica de trastornos del habla o del lenguaje en la CIE-11 y la de trastornos de la comunicación en el DSM-5. Puesto que los problemas lingüísticos inciden más allá de aspectos puramente comunicativos, se comenta la relación con otros trastornos del neurodesarrollo. En este sentido, se presta un interés especial a la repercusión del lenguaje en el desarrollo emocional.

A modo de conclusión, optando por un modelo multidimensional, se sugiere una mirada que desborda la visión tradicional centrada en entidades categóricas.

Abstract

This review addresses in a simple and clear way the conceptual aspects of language and its dysfunctions. Despite its informative nature, very recent ideas related to the neurodevelopment of language are incorporated and that may interest both the general pediatrician and other professionals involved in child and adolescent mental health.

Starting from the analysis of the nature and development of language, each of the entities included in the diagnostic manuals is described under the generic name of speech or language disorders in the ICD-11 and communication disorders in the DSM-5. Since linguistic problems affect beyond purely communicative aspects, the relationship with other neurodevelopmental disorders is discussed. In this sense, special interest is paid to the impact of language on emotional development. By way of conclusion, opting for a multidimensional model, a look is suggested that goes beyond the traditional vision centered on categorical entities.

Palabras clave: Mutismo selectivo; Tartamudez; Trastorno del desarrollo del lenguaje; Trastorno del habla; Trastorno social del lenguaje.

Key words: Pragmatic language disorder; Selective mutism; Stuttering; Language development disorder; Sound speech disorder; Social language disorder.

OBJETIVOS

- Ser consciente del caos que existe en la terminología y clasificaciones de los trastornos del lenguaje.
- Entender el gran solapamiento, también conocido como comorbilidades, que existe entre todos los trastornos del neurodesarrollo.
- Estimular a los pediatras a tomar siempre en consideración un trastorno del lenguaje como causa única o coadyuvante de un problema del aprendizaje.
- Prestar atención y asumir las preocupaciones de las familias cuando estas se refieren a problemas de retraso o alteración en el desarrollo del lenguaje, pues las observaciones desde el entorno familiar son un dato de gran valor diagnóstico.

Introducción

El lenguaje es un aspecto del neurodesarrollo y, como tal, su evolución puede ser óptima o quedar limitada en alguna de sus vertientes. Cuando esto ocurre, estamos ante un problema o trastorno del lenguaje.

Los trastornos del lenguaje agrupan el conjunto de problemas que interfieren en la comunicación verbal a causa del desarrollo ineficiente de cualquier mecanismo implicado en el lenguaje, sin olvidar que la repercusión no se limita al intercambio de información, sino que también incide en el aprendizaje, el razonamiento, la interacción social, las emociones y la calidad de vida.

La investigación sobre el lenguaje y sus alteraciones se inició con el estudio de las lesiones cerebrales en personas adultas, donde se pudieron observar patrones clínicos relativamente estables y semiológicamente diferen-

ciados, por ejemplo: afasias expresivas, agnosias verbales, alexias, etc. En estas lesiones fue posible intuir una relación causal entre la localización de la lesión y el tipo de disfunción del lenguaje.

En edades infantiles la situación es muy distinta. Los niños, como es obvio, pueden sufrir las mismas lesiones que el adulto, pero, aparte de ser menos frecuentes, inciden en un cerebro en fase evolutiva, lo cual condiciona diferencias respecto a los problemas del lenguaje del adulto. Sin embargo, no es un objetivo de esta revisión el abordaje de las lesiones adquiridas durante la infancia.

El estudio de los problemas del desarrollo del lenguaje topa con serios problemas epistemológicos derivados del uso canónico que imponen el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y la *International Classification of Diseases* (CIE). Si bien es cierto que ambos sistemas tienden a confluir, difieren en términos diagnósticos, clasificación y modelo diagnóstico, lo cual genera confusiones semánticas. Lo que en la CIE-11 se agrupa como trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje (Tabla I), en el DSM-5 se denomina trastornos de la comunicación (Tabla II) y, además, las entidades que se incluyen no coinciden en ambos manuales.

En esta revisión se utilizará, en cada caso, el término más usado en la bibliografía reciente, pero también se mencionarán términos alternativos, con el fin de dejar claro que un mismo problema puede recibir nombres distintos; por ejemplo: una disfasia, un trastorno específico del lenguaje, un trastorno del desarrollo del lenguaje o un trastorno mixto del lenguaje son lo mismo.

Componentes del lenguaje

Los elementos que componen el lenguaje son: la fonética, la semántica, la morfosintaxis, la prosodia y la pragmática.

La fonética atañe a los sonidos básicos del habla, que unidos secuencialmente conforman palabras; la semántica es el conocimiento de los significados de las palabras, lo que vendría a ser el equivalente del diccionario almacenado en la memoria; y la morfosintaxis concierne al conjunto de reglas que rigen la forma de cada palabra y la estructura de los

Tabla I. CIE-11. Trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje

- Trastorno del desarrollo fonológico
- Trastorno del desarrollo de la fluencia del habla
- Trastorno del desarrollo del lenguaje
 - Trastorno del desarrollo del lenguaje con alteración del lenguaje receptivo y expresivo
 - Trastorno del desarrollo del lenguaje con alteración predominante del lenguaje expresivo
 - Trastorno del desarrollo del lenguaje con alteración predominante del lenguaje pragmático
 - Trastorno del desarrollo del lenguaje con alteración de otra alteración específica del lenguaje
- Otros trastornos específicos del desarrollo del habla o del lenguaje
- Trastornos no específicos del desarrollo del habla o del lenguaje

enunciados. La prosodia integra el tono, el énfasis, el ritmo y las pausas, es la melodía del lenguaje y está impregnada de contenidos emocionales. La pragmática hace referencia al uso del lenguaje y toma en consideración el contexto y las intenciones, por lo cual desborda los aspectos propiamente lingüísticos^(1,2).

El lenguaje, además de estar al servicio de la comunicación, es un elemento básico para la adquisición de conceptos sobre la realidad física y abstracta que nos rodea. Por lo tanto, la percepción de la realidad está mediatizada por el lenguaje y entrena la subjetividad de cada persona y de su cultura. Cuando aprendemos el significado de palabras, por ejemplo: “silla”, “penalti” o “resentimiento”, hemos adquirido conceptos susceptibles de ser almacenados en la

Tabla II. DSM-5. Trastornos de la comunicación

- Trastorno del lenguaje
- Trastorno del habla (*Speech Sound Disorder*)
- Trastorno de la fluencia de inicio en la infancia (tartamudez)
- Trastorno social (pragmático) de la comunicación
- Trastorno no específico de la comunicación

memoria, lo cual permite imaginarlos, razonar sobre ellos e intercambiar información sin recurrir a explicaciones prolijas. Supongamos que nunca hubiéramos oído la palabra “paella” o no conociéramos su significado. La consecuencia sería que si alguien nos preguntara qué hemos comido en un restaurante donde sirven paellas, deberíamos enumerar sus componentes y, además, describir el aspecto y modo de cocción. El lenguaje configura el mundo que percibimos. Si sé el significado de “limón”, podré distinguir entre limones, naranjas, mandarinas y pomelos y, además, habré adquirido el concepto de “cítrico”. Y, quizás algún día, tendré la oportunidad de deducir que un *kumquat* también es un cítrico.

Cómo se adquiere el lenguaje

El desarrollo progresivo del lenguaje verbal implica estar inmerso en un entorno donde el lenguaje es el vehículo básico de la comunicación entre las personas.

La adquisición del lenguaje se inicia en las últimas semanas de gestación, cuando el feto percibe a través del líquido amniótico los sonidos que emite la madre. De este modo, un bebé recién nacido es capaz de discriminar entre los fonemas de la madre y los de las otras personas, al igual que entre los sonidos del habla de la lengua materna y los de otra lengua⁽³⁾.

Durante el primer mes se irá adquiriendo mayor versatilidad discriminativa para los sonidos que más se repiten. El mecanismo operativo es el uso de inferencias estadísticamente significativas, algo tan elemental como que lo que más se escucha, más se recuerda⁽⁴⁾.

Hacia los 6 meses se incorpora la repetición de fonemas (balbuceo) y se progresa hacia un tipo de discurso carente de significados (jerga). En algunos casos, la modulación de la jerga puede simular la cadencia del discurso adulto, lo cual si es persistente y muy elaborado deberá despertar la sospecha de un trastorno del espectro autista (TEA).

Alrededor del primer año, se adquiere la capacidad de articular algunas palabras con significado y, a partir de los 2 años, es habitual emitir frases de dos o tres palabras. Entre los 3 y 5 años,

Tabla III. Parámetros evolutivos del lenguaje

1 a 6 meses	Gorjeos en respuesta a las voces
5 a 8 meses	Balbuceo
8 a 10 meses	Imitación de sonidos: “papá” y “mamá” sin significado
12 a 16 meses	“Papá” y “mamá” con significado; imita palabras de dos o tres sílabas; vocabulario de 4 a 7 palabras intercaladas en una jerga
16 a 18 meses	Vocabulario de unas 10 palabras; alguna ecolalia y ampliación de la jerga
19 a 21 meses	Vocabulario de unas 20 palabras
21 a 24 meses	Vocabulario de más de 50 palabras; frases de 2 palabras; disminución de la jerga; más de la mitad de las emisiones verbales son comprendidas por extraños
2 a 3 años	Vocabulario de 400 palabras; frases de 2 o 3 palabras; uso de pronombres; disminución de las ecolalias
3 a 4 años	Uso de verbos; dice su nombre y apellido; la mayor parte de su lenguaje es comprendido por los adultos; frases de 3 a 5 palabras
4 a 5 años	De 6 a 8 palabras por frase; nombra 4 colores; cuenta hasta 10

se incrementa el vocabulario y la complejidad de las frases, simultáneamente a la incorporación de las reglas básicas gramaticales y sintácticas. La tabla III, inspirada en la escala Haizea-Llevant, muestra los parámetros evolutivos del lenguaje en los cinco primeros años⁽⁵⁾; pero lo más relevante es que, paralelamente a la adquisición de vocabulario, se construyen conceptos. Veamos un ejemplo.

Marta es un bebé que convive con un perro que se llama Ulises. Le encanta ver cómo se mueve, salta y juega. Además, percibe que Ulises tiene patas, cola y orejas y que emite sonidos propios. En el mundo de Marta estas características distinguen a Ulises de cualquier otro objeto; ni su hermano, ni las pelotas, ni los muñecos tienen cola o ladran. Cada vez que Marta, que ya es capaz de discriminar secuencias de fonemas, oye la palabra Ulises centra la atención en su amigo, porque siempre se repite la coincidencia. Tras haber cumplido los 8 meses, observa que en el parque hay otros objetos con patas, cola y orejas que emiten los mismos sonidos que Ulises. Mamá suele decir: ¡mira, un “guau”!; y Marta se irá dando cuenta de que existen “guaus” de distintos colores y tamaños, que, además, coinciden con los dibujos de perros. Marta ha adquirido el concepto de la palabra “guau”; más adelante, descubrirá que “guau” y “perro” son lo mismo. Esta estrategia

innata se irá repitiendo e incrementando exponencialmente, de modo que aumentará no solo el lenguaje expresivo y comprensivo, sino algo más importante: la forma de dirigir la atención y de percibir la realidad de su entorno. Además, esta realidad está muy mediada por su cultura. Su concepto de “guau” y “perro” sería muy distinto si Marta hubiera nacido en una cultura donde los perros fueran un manjar para guardar en la nevera o vender enlatado en el supermercado.

Trastorno del desarrollo fonológico/trastorno del habla

Otras denominaciones: trastorno fonológico, dislalia.

El trastorno del habla se define en el DSM-5 por la dificultad persistente para la pronunciación de fonemas que condiciona la inteligibilidad del lenguaje y repercute en la interacción social o en el rendimiento escolar.

En la práctica, dada la ambigüedad del término “dificultad persistente”, se suele considerar que cuando el problema se mantiene de forma evidente más allá de los 4 años es cuando se diagnostica un trastorno del habla. La prevalencia en niños de 4 años se sitúa entre el 8 y 9% y se reduce al 5% en el primer curso, pues la habilidad fonética tiende

de modo natural a progresar. De ello se infiere la indefinición conceptual entre un simple retraso del desarrollo y un trastorno⁽⁶⁾.

El profesional que atiende por primera vez a un niño con trastorno del habla suele ser el pediatra, ya sea en una visita de control evolutivo o como motivo de consulta. Una interpretación bastante extendida es atribuir la causa a un problema de frenillo sublingual; sin embargo, debe ser tenido en cuenta que, aun en el caso de que la cortedad del frenillo tuviera algún impacto en la vocalización, casi siempre se resuelve espontáneamente.

En el trastorno del habla están involucrados dos niveles no necesariamente independientes; por un lado, la conciencia fonológica –capacidad para discriminar fonemas– y, por otro lado, la motricidad del aparato bucofonatorio –lengua, mejillas y labios– en coordinación con la respiración. El trastorno del habla no debe confundirse con un problema motor de causa neuromuscular; por ejemplo, la parálisis cerebral, en cuyo caso se diagnosticaría disartria. También quedan excluidos los problemas de pronunciación derivados de una alteración auditiva.

Es importante tomar en consideración los antecedentes familiares, no solo de cualquier trastorno del lenguaje, sino también de dislexia, TEA y trastorno de déficit de atención/hiperactividad (TDAH), pues existe entre todos ellos un solapamiento cognitivo, neurofuncional y genético. Un niño de 4 años con problemas fonéticos es propenso a presentar dislexia a partir de los 7 años. En este caso, la intervención logopédica puede tener un efecto preventivo.

Trastorno del desarrollo de la fluencia del habla/trastorno de la fluencia de inicio en la infancia

Otras denominaciones: tartamudez, disfemia.

La tartamudez consiste en la repetición de sílabas o sonidos poco elaborados al inicio o a la mitad de la palabra.

A veces, lo que se repite es una palabra completa; en otros casos, el problema reside en la prolongación de

algún sonido vocálico o consonante. Puesto que uno mismo es muy consciente de su problema, no es raro que utilice circunloquios para evitar palabras “difíciles” o haga una pausa asociada a una ostensible tensión muscular en la mitad de la palabra. Para el diagnóstico se requiere que la sintomatología sea persistente, limite la participación social o se acompañe de ansiedad.

Lo más común en la infancia son los casos leves y transitorios que se resuelven espontáneamente. Otras veces, el curso es ondulante con periodos de mayor o menor expresividad, que pueden estar vinculados a niveles de ansiedad.

Existe una relación compleja entre la tartamudez y el trastorno de Tourette, pues puede ser difícil o imposible marcar un límite entre un problema de fluencia y un tic fónico, lo cual plantea una cuestión muy interesante y a la vez intrigante, sobre la relación entre ambos trastornos. Cuando la tartamudez coincide con tics motores o con antecedentes familiares de tics, la respuesta a la intervención logopédica puede ser muy pobre. En estos casos, el tratamiento farmacológico de los tics –aripropazol, risperidona– es una opción a tener en cuenta.

Trastorno del desarrollo del lenguaje: el trastorno invisible

Otras denominaciones: trastorno del lenguaje, trastorno específico del lenguaje, disfasia, trastorno expresivo del lenguaje y trastorno mixto del lenguaje.

El trastorno del desarrollo del lenguaje afecta a la expresión y a la comprensión, y si se piensa en él es fácil de identificar tras entablar una conversación con el niño.

El trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) es un claro ejemplo del caos terminológico tan común entre los trastornos mentales. En el año 2013, en el DSM-5 se optó por el término “trastorno del lenguaje” para referirse a la dificultad para la comunicación, debida a limitaciones en el vocabulario y la construcción de frases. Sin embargo, por entonces, había conseguido una notable aceptación el término “trastorno específico del lenguaje” (TEL), traducción incorrecta al español de

“*specific language impairment*”. Ante la división de opiniones y la coexistencia de otras denominaciones que sería prolijo relatar, se llevó a cabo un ambicioso proyecto –CATALISE–, liderado por D. Bishop⁽⁷⁾, que reunió un panel de 57 expertos, representantes de diversas disciplinas, con el objetivo de alcanzar un consenso. La decisión fue mantener el término “trastorno del lenguaje” para referirse a los casos donde existía una causa biológica concreta, por ejemplo, el síndrome X frágil; y utilizar el término TDL cuando el problema está vinculado al neurodesarrollo. La CIE-11 también se ha posicionado en este sentido.

El TDL se pone en evidencia cuando incitamos al niño para que hable sin recurrir a la formulación de preguntas convencionales que darán lugar a respuestas estereotipadas o monosílabos. Es necesario provocar un relato de una cierta complejidad, por ejemplo: “¿qué hiciste este fin de semana?”, “cuéntame un cuento, un chiste, una película que te haya gustado...”. En estas situaciones, una vez superada la vergüenza, se suele poner en evidencia la dificultad para encontrar las palabras apropiadas y, además, la construcción de frases suele ser torpe y reiterativa. Sin embargo, lo que no es tan evidente es la dificultad para la comprensión que, por otra parte, tiene una repercusión superior a la que se deriva de las limitaciones expresivas.

Ante la sospecha de TDL es muy útil que la familia facilite los informes escolares de varios cursos. En ellos suelen estar referenciadas las dificultades expresivas y la baja comprensión lectora y, además, casi siempre se puede constatar el antecedente de retraso en el inicio del lenguaje.

La adquisición del lenguaje, al igual que cualquier aspecto del neurodesarrollo, admite un margen de variabilidad. Un retraso moderado en las primeras adquisiciones no siempre significa un problema; sin embargo, cuando esto ocurre es necesario asegurarse de que la comprensión es correcta y que la interacción social se corresponde con la de los niños de edad similar⁽⁸⁾. Sin embargo, pasado el periodo preescolar, la situación es más delicada y debe tomarse en consideración no solo el problema de lenguaje, sino la repercusión a otros niveles, que podría dar lugar a una espiral de problemas⁽⁹⁾.

La relación entre TDL y TEA merece especial atención, pues es una cuestión que se plantea con relativa frecuencia entre los 2 y 4 años. No se debe olvidar que la prevalencia de TDL gira alrededor del 8% y la de TEA se sitúa entre el 1,5-2%. Según la Asociación Española de Pediatría, debería haber un pediatra para cada 800-1.000 niños⁽¹⁰⁾, bastantes menos de lo que se contempla en las áreas básicas de salud. Esto significa que un pediatra en una consulta con un contingente de pacientes óptimo debería de atender entre 16 y 20 casos de TEA y entre 56 y 70 de TDL. ¿Está identificada esta casuística en los archivos diagnósticos de la mayoría de los pediatras? Probablemente no, lo cual sugiere que quedan muchos por diagnosticar.

Otra cuestión a tener en cuenta es que el primer motivo de consulta y el más común para un niño con TEA es un retraso en el lenguaje, asociado a otras manifestaciones relacionadas con la interacción social, la conducta y el juego simbólico. Por este motivo, cuando el síntoma es: “mi hijo no habla”, se debería activar un automatismo capaz de sugerir el diagnóstico de TEA, pues cuando el retraso en la adquisición del lenguaje es muy evidente entre los 2 y los 4 años, es relativamente común la asociación de ambos diagnósticos. Cuando esto ocurre, además de los problemas lingüísticos, se aprecia una falta de interés para hacerse comprender, lo cual implica un lenguaje gestual escaso o ausente; por ejemplo: no señalar con el dedo con intención de compartir algo que le ha llamado la atención. La tabla IV muestra las diferencias entre el TDL puro y el TEA.

El TDL sin TEA, excepto en casos graves, no suele ser motivo de preocupación durante el periodo escolar, pues la sintomatología que le es propia puede pasar inadvertida. En estos casos, el motivo de consulta más común son las dificultades de aprendizaje detectadas en la escuela. Obviamente, un niño con bajo nivel de lenguaje va a tener problemas para seguir las clases y para la comprensión lectora. Además, estará muy penalizado en los exámenes. Quizás el bajo rendimiento escolar, en el mejor de los casos, motive la movilización de recursos pedagógicos; sin embargo, aun

Tabla IV. Diferencias entre trastorno del lenguaje y autismo

	<i>Trastorno del lenguaje</i>	<i>Autismo</i>
Problemas en la relación social	Moderada	Importante
Comunicación no verbal	Buena	Muy deficiente
Contacto visual	Normal	Pobre
Periodo de regresión	Nunca	30-50%
Juego simbólico	Normal	Pobre
Señala con el dedo	Normal	Solo por el propio interés
Estereotipias	Ausentes	Frecuentes
Ecolalias	Muy raras	Posibles
Intención de comunicar	Normal	Ausente
Interés por las personas	Normal	Interés por los objetos
Intereses especiales	Ausentes	Muy frecuentes
Comparte intereses	Sí	No

así, suelen quedar muchos cabos sueltos. El bajo rendimiento escolar es la punta del iceberg, porque: *a)* el TDL, al pasar desapercibido, está infra diagnosticado; *b)* casi siempre el TDL está asociado a otros trastornos, sobre todo al TDAH y a la dislexia; y *c)* no se toman en consideración las manifestaciones emocionales implícitas en el TDL y en los trastornos asociados.

A pesar de la elevada prevalencia del TDL, solo un 60% de la población general afirma tener conocimiento de la existencia de esta entidad, porcentaje inferior al de la dislexia, autismo, TDAH y trastorno del habla. Además, menos de un 15% tiene consciencia de que en alguna ocasión se haya mencionado este problema en el colegio⁽¹¹⁾.

Trastorno social (pragmático) de la comunicación

Otras denominaciones: trastorno del desarrollo del lenguaje con alteración predominante del lenguaje pragmático, trastorno semántico-pragmático.

El trastorno social de la comunicación tiene que ver con el uso de las normas implícitas que facilitan el intercambio inteligible y adecuado de la información al margen de la inteligencia y de las habilidades formales del lenguaje (semántica, sintaxis y fonética).

El modo de comunicarnos entraña aspectos propios de cada cultura y de cada situación, lo cual implica: hábitos sociales, reciprocidad y uso de recursos lingüísticos que desbordan la literalidad del contenido (metáforas, metonimias, bromas, inferencias implícitas...). Cuando dialogamos, adaptamos los mensajes y las formas al contexto y a la relación personal con el interlocutor. No hablamos igual con un familiar o un amigo que con una persona de determinado rango o profesión.

El contenido del mensaje y la forma de expresarlo deben ajustarse al nivel cultural y conocimiento previo que atribuimos al interlocutor y, al mismo tiempo, tratamos de intuir el grado de comprensión y receptividad que sugieren sus gestos y expresiones de asentimiento o indiferencia. La voluntad de hacernos entender modula el uso apropiado de los componentes verbales –palabras utilizadas, construcciones discursivas y reciprocidad del diálogo–, pero también de los no verbales –énfasis expresivo, mirada, gestualidad, distancia y contacto físico– y, además, requiere la capacidad para detectar el aburrimiento o la impaciencia del interlocutor.

En las ediciones previas al DSM-5 y la CIE-11, el trastorno social de la comunicación (TSC) no se contemplaba como una entidad específica, pues los problemas pragmáticos del lenguaje

se consideraban manifestaciones del autismo. Sin embargo, diversos autores ya se habían ocupado a fondo del tema, aunque con denominaciones y conceptualizaciones diversas⁽¹²⁾. Actualmente, se acepta que existe un marcado solapamiento entre TEA y TSC, lo cual motiva a tener muy en cuenta los componentes propiamente autistas en los casos de TSC.

Mutismo selectivo

El mutismo selectivo no es un trastorno del lenguaje, puesto que lo que subyace es un problema de ansiedad que suele acompañarse de otras manifestaciones; la más común, pero no la única, es la timidez.

El mutismo selectivo es fácil de identificar en la consulta. La situación más común es la de un niño en edad preescolar cuyos padres han sido advertidos por la escuela de que no habla o de que su lenguaje se reduce a monosílabos, incluso cuando es requerido a responder preguntas. Estas limitaciones ocurren principalmente, pero no exclusivamente, cuando el interlocutor es el docente. Por otro lado, en el entorno familiar la comunicación es fluida o, cuando menos, mucho mejor que en la escuela.

Para establecer el diagnóstico solo se requiere un mínimo de perspicacia que se sustenta en una pregunta muy objetiva: “¿habla mucho más y mejor en casa que en clase o con personas desconocidas?”, si la respuesta es claramente afirmativa, basta por sí misma para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, se dan casos donde el mutismo selectivo se asocia a TDL o a TEA; y, entonces, se debe resolver el dilema profundizando en la anamnesis sobre la conducta social y su calidad expresiva en el entorno familiar.

El mutismo selectivo puede ser reversible con medidas simples. Por un lado, se requiere no presionar al niño para que hable, ni siquiera comentar el problema estando él presente. Forzarlo a hablar tiene como resultado acentuar y cronificar el problema. Tampoco requiere tratamiento con técnicas de logopedia, excepto si se asocia a un trastorno del lenguaje.

El tratamiento cognitivo-conductual suele ser eficaz a corto plazo. Por otro lado, si la intervención psicológica se

prolonga, el tratamiento farmacológico casi siempre suele dar resultados espectaculares a partir de la primera o segunda semana.

El uso de fármacos en el mutismo selectivo es una medida *off label* (fuera de ficha técnica), dada la escasez de evidencia empírica. Actualmente, además de un uso bastante extendido, se cuenta con dos ensayos doble-ciego, uno para la fluoxetina y otro para la sertralina. Dichos fármacos estarían indicados ante la ausencia de respuesta al tratamiento psicológico, pues existe un alto riesgo de que el funcionamiento social y académico empeore si el mutismo selectivo no es tratado eficazmente. Por otro lado, al disminuir la ansiedad por la acción de estos fármacos, la progresión es más rápida que con el tratamiento psicosocial. Cuando mejora el mutismo, es importante mantener el fármaco durante algunos meses para optimizar los beneficios, consolidar la confianza en las nuevas habilidades sociales y evitar retrocesos. Resulta reconfortante acordar con la familia que tanto la respuesta como los posibles efectos secundarios serán supervisados de cerca, y que el plan es suspender el fármaco una vez que el niño hable normalmente en la mayoría de los contextos⁽¹³⁾. En cualquier caso, con dosis bajas, la tolerancia suele ser buena y los resultados excelentes.

Lenguaje y alexitimia

Se entiende por alexitimia la baja capacidad para identificar y verbalizar las propias emociones y las de los demás.

La alexitima es un concepto introducido en 1973 por el psiquiatra de orientación psicoanalítica Sifneos PE⁽¹⁴⁾, que ha alcanzado relieve a partir del siglo XXI. Interesa incorporar este constructo porque permite abordar la repercusión del lenguaje en la construcción social de las emociones y las consecuencias que se derivan cuando este proceso no es eficiente. Esta cuestión ha despertado tradicionalmente poco interés en el campo de la neurolingüística y la investigación ha sido escasa, si bien el panorama está cambiando en los últimos años.

La teoría clásica sobre las emociones se sustenta en el cerebro triuno –cerebro

reptiliano, cerebro límbico y neocórtex–, propuesto por Mc Lean⁽¹⁵⁾. Esta teoría sostiene la dicotomía entre razón y emoción, y el carácter innato de las emociones. Estos postulados, más que caducos, han sido reemplazados por los estudios de Craig B⁽¹⁶⁾, Damasio A⁽¹⁷⁾ y Feldman L⁽¹⁸⁾, los cuales, basados en la interocepción, contemplan las emociones como reacciones corporales que se reconocen en el cerebro.

Los acontecimientos externos y los pensamientos relevantes desencadenan respuestas hormonales y neurovegetativas inmediatas: cortisol, adrenalina, frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio, sensaciones gástricas, tono muscular. El impacto somático –interocepción– es vehiculado por las vías interoceptivas a la ínsula anterior para ser enviadas al córtex cingulado, donde el patrón interoceptivo es percibido como un estado de bienestar o malestar que se denomina afecto o estado de ánimo. Dicha percepción no es necesariamente consciente ni comporta, por sí misma, una emoción concreta: es, simplemente, “como nos sentimos”. El tono afectivo, que discurre ensamblado en el flujo del pensamiento, cohabita con recuerdos, razonamientos, deseos y sentimientos, y determina como uno se siente en el aquí y ahora⁽¹⁷⁾.

Feldman da un paso más e incorpora el protagonismo del lenguaje en lo que ella denomina “la construcción social de las emociones”. Según esta autora,

las emociones no son innatas ni universales ni, tampoco, existen patrones faciales propios para cada emoción. Las emociones las crea el cerebro cuando recibe la información interoceptiva – estado afectivo– y vincula esta percepción física al término emocional que se utiliza en su entorno cultural. Cuando la respuesta interoceptiva se repite en situaciones similares, adquiere un significado que coincide con una emoción que se puede representar en un eje de coordenadas compuesto de valencia (bienestar/malestar) y arousal (mayor o menor expresividad)⁽¹⁸⁾. La figura 1 es un ejemplo inventado donde se representa cómo se podrían ubicar diversas emociones.

La construcción social de las emociones se lleva a cabo del mismo modo que se adquiere cualquier concepto lingüístico, es decir: por inferencia estadística. Tomemos como ejemplo el concepto de árbol. Después de escuchar reiteradamente la palabra “árbol” para referirse a un pino, un ciprés o un roble, se intuye el concepto de árbol, y a partir de entonces cualquier vegetal con tronco leñoso, ramas y hojas será reconocido como un árbol. En la medida que el niño va aprendiendo palabras, les otorga significados mediante inferencias estadísticas. La construcción social de las emociones, tal como se describe en el ejemplo de la figura 2, se rige por el mismo proceso.

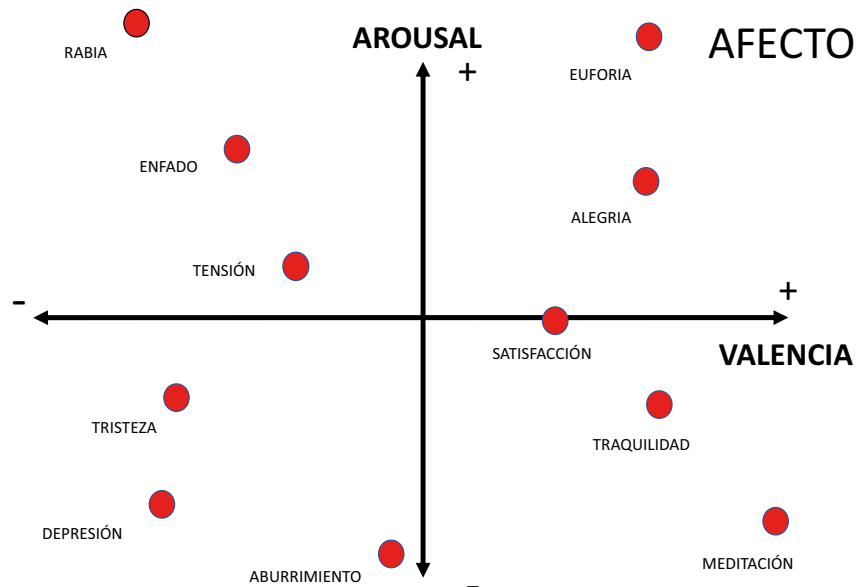


Figura 1. Ejemplos de ubicación de algunas emociones. Este gráfico no se basa en ningún estudio, su objetivo es representar las emociones.

EXPERIENCIA Y CATEGORIZACIÓN



Figura 2. El hermano mayor de Luisito le ha quitado de las manos su muñeco. Luisito se siente mal, debido a su respuesta interoceptiva, y llora. Su mamá pronuncia la palabra “enfadado”, que se repetirá en cada situación similar. Por inferencia estadística, Luisito conecta cierto estado de malestar corporal, que se repite en determinadas situaciones, con la palabra “enfadado”. Progresivamente, Luisito irá consolidando el concepto de enfado.

Diversas causas pueden contribuir a una baja eficiencia en la construcción social de las emociones, dando lugar al cuadro sintomático de alexitimia (Tabla V), que se puede observar en condiciones clínicas muy diversas: enfermedades neurodegenerativas, síndrome de Turner, esquizofrenia, trastornos alimenticios, TEA, ansiedad y depresión⁽¹⁹⁾. Pero, además, puesto que la alexitimia es un fenotipo emocional de carácter multidimensional y de límites imprecisos, se ha observado que el 10% de la población general presenta síntomas de alexitimia que se incrementan con la edad⁽²⁰⁾.

Recientemente, el TDL ha sido añadido a las causas de alexitimia, debido a que el fallo del componente semántico limita la capacidad para poner nombre a las sensaciones agradables o desagradables vehiculadas por las vías interoceptivas⁽²¹⁻²³⁾. Basta analizar la etimología del término alexitimia (ausencia de palabras para las emociones) para comprender la conexión entre emociones y lenguaje.

En conclusión: si los familiares y los educadores no toman en consideración la baja eficiencia para el desarrollo emocional en los niños con trastornos del lenguaje, no entenderán y no podrán gestionar las situaciones frustrantes que inciden en su cotidianidad, con el riesgo de interpretar como problemas de conducta lo que ellos solo pueden describir como: “no sé lo que me pasa”.

El espectro de trastornos del lenguaje

Los trastornos del lenguaje, al igual que la mayor parte de trastornos mentales, no son entidades categóricas, puesto que no existen marcadores biológicos.

El objetivo y el motivo que impulsaron la creación de los manuales de clasificación y diagnóstico, fue la necesidad ineludible de identificar, clasificar y codificar las enfermedades y los problemas de salud de acuerdo con unos criterios y denominaciones consensuadas y asumidas en el terreno asistencial y en la investigación. Pero no se nos puede escapar que codificar trastornos mentales no es lo mismo que codificar electrodomésticos, donde no se plantea ninguna dificultad para diferenciar un lavavajillas de un televisor, dada la facilidad para categorizar sus funciones. En

los trastornos mentales la situación es distinta, puesto que se utilizan criterios dimensionales para construir diagnósticos categóricos. Por ejemplo, según el DSM-5, vocabulario reducido, frases estructuralmente deficitarias y alteraciones discursivas son criterios de naturaleza dimensional; pero, a pesar de ello, se utilizan para establecer el diagnóstico categórico de TDL. Cuando nos referimos a trastornos mentales, en realidad, estamos hablando siempre de constructos dimensionales, donde los límites entre lo que se suele entender como “normalidad” y “trastorno” son difusos.

Tampoco son nítidos los límites entre los trastornos del lenguaje y los trastornos ubicados en otras entidades, entre los cuales los más comunes son la dislexia, el TEA, el TDAH, la ansiedad y el trastorno del desarrollo de la coordinación. Estas asociaciones suelen denominarse “comorbilidades”, aunque

Tabla V. Manifestaciones de la alexitimia

- Aprosodia
- Dificultad para reconocer estímulos emocionales verbales y no verbales
- Dificultad para identificar las sensaciones corporales que subyacen en el estado afectivo
- Dificultad para verbalizar las propias emociones
- Dificultad para entender y describir las emociones de los demás
- Dificultad para regular las emociones
- Dificultad para regular la conducta en situaciones sociales
- Dificultades para comprender el lenguaje metafórico
- Estilo de pensamiento excesivamente pragmático y utilitario
- Léxico emocional limitado
- Reducción de la capacidad de fantasear e imaginar

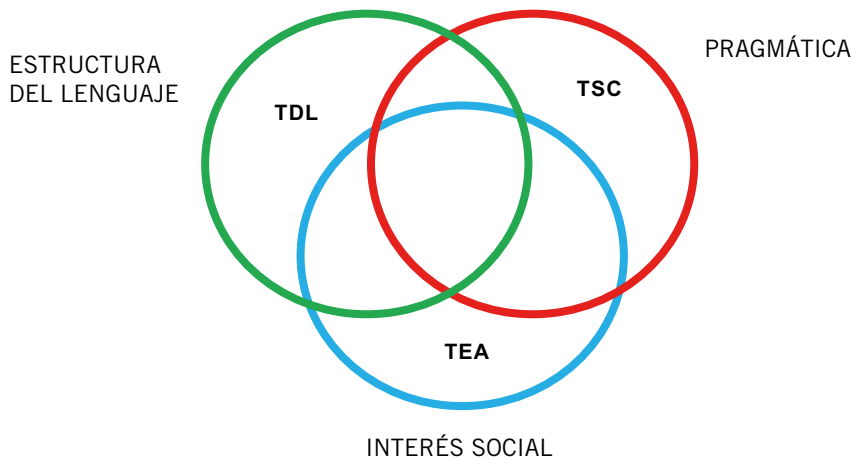


Figura 3. Espectro de trastornos del lenguaje. TDL: trastorno del desarrollo de lenguaje; TSC: trastorno social de la comunicación (TCS); TEA: trastorno del espectro autista. Modificado de: Bishop DVM. Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *Int J Lang Comm Dis.* 2014; 49: 381-415.

este concepto ha sido muy cuestionado, pues no está claro que sean entidades distintas añadidas a los trastornos del lenguaje. El solapamiento es la regla y el trastorno “puro” es un caso raro⁽²⁴⁾.

Por si hubiera alguna reticencia para aceptar el modelo dimensional y la carencia de validez del concepto de comorbilidad, nada tan contundente como el reconocimiento en el propio DSM-5 de sus propias deficiencias, expresadas en estos términos: “un sistema categórico demasiado rígido no captura la experiencia clínica o importantes observaciones científicas. Si bien algunos trastornos pueden tener límites bien definidos, la evidencia científica ubica la mayoría en un espectro con trastornos muy próximos que comparten síntomas, aspectos genéticos y factores de riesgo ambiental; y, posiblemente, sustratos neurológicos”⁽²⁵⁾.

A pesar de ello, en el campo de la investigación y en la práctica asistencial, los trastornos del lenguaje son tratados como entidades categóricas, lo cual distorsiona los resultados de los estudios y obstaculiza la adopción de medidas terapéuticas ajustadas a la diversidad de cada persona⁽²⁶⁾.

Cuando hablamos de los trastornos de la comunicación, según la clasificación del DSM-5, estamos hablando de las diversas dimensiones que componen el lenguaje –fonética, semántica, prosodia, pragmática–, las cuales se solapan dando lugar a una gran diversidad de heterogeneidades disfuncionales que trascienden los límites y categorías de los manuales y

que, además, configuran un espacio que se debe contemplar como un espectro multidimensional donde cada persona se ve cualitativa y cuantitativamente desfavorecida (Fig. 3). Este modelo difumina la tipificación de los trastornos de la comunicación al aglutinar en el mismo espectro TDL y TEA; y, también, aspectos sintomáticos propios de TDAH, trastornos del aprendizaje, discapacidad intelectual y de la preocupante e ignorada problemática emocional.

La implicación trascendental de este panorama es que cada niño requiere una atención individualizada que desborda pautas y protocolos centrados de modo exclusivo en categorías diagnósticas.

Decálogo de los trastornos del lenguaje para un pediatra

1. Los trastornos del lenguaje son fáciles de diagnosticar; pero ten cuidado si no piensas en ellos: ¡son invisibles! Te será de gran ayuda confiar en un psicólogo o logopeda experto en neurodesarrollo.
2. Nunca digas: “ya hablará” sin pensártelo dos veces.
3. Contempla siempre la posibilidad de un problema auditivo.
4. Si te comentan que un niño tiene como único diagnóstico un trastorno del lenguaje, piensa que solo te están explicando una parte del problema.
5. Ten muy en cuenta que la causa más frecuente de consulta, entre los 2-4 años, por un claro retraso en el inicio del lenguaje es el TEA.

6. El TDL siempre tiene la vertiente expresiva y receptiva. La más importante es la segunda, y si la primera suele ser invisible, la segunda todavía lo es más.
7. No solicites pruebas de neuroimagen o neurofisiológicas. Consumirás recursos y no te ayudarán en el diagnóstico.
8. Tienes la obligación de implicarte y explicar a la familia, de forma sencilla y sin términos médicos, en que consiste el problema. Piensa que tienen depositada en ti su confianza.
9. No olvides que el trastorno del habla, muchas veces, precede a la dislexia. La intervención logopédica puede atenuar problemas de lectoescritura en un futuro.
10. Casi todos los niños con TDL tienen un elevado nivel de ansiedad debido a la baja capacidad para gestionar e identificar las emociones propias y ajenas. A pesar de su importancia pocas veces se tiene en cuenta.

Conflicto de intereses

No hay conflicto de interés en la elaboración del manuscrito. Declaración de intereses: ninguno.

Bibliografía

Los asteriscos muestran el interés del artículo a juicio de los autores.

- 1.*** Bishop DVM. Uncommon understanding. London, United Kingdom: Psychology Press; 2014.
2. Aguilera Albesa S, Orellana Ayala CE. Trastornos del lenguaje. *Pediatr Integral.* 2017; XXI: 15-22.
3. Costa A, Sebastián-Gallés N. How does the bilingual experience sculpt the brain? *Nat Rev Neurosci.* 2014; 15: 336-45.
4. Pelucchi B, Hay JF, Saffran JR. Statistical Learning in a Natural Language by 8-Month-Old Infants. *Child Dev.* 2009; 80: 674-85.
- 5.*** Artigas-Pallarès J, Narbona J. Trastornos del Neurodesarrollo. Barcelona: Ediciones Viguera; 2011.
6. Rvachew S. Longitudinal Predictors of Implicit Phonological Awareness Skills. *Am J Speech-lang Pat.* 2006; 15: 165-76.
- 7.** Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *J Child Psychol Psc.* 2017; 58, 1068-80.
8. Bishop DVM, Edmundson A. Language-impaired four-year-olds: distinguishing

- transient from persistent impairment. *Speech Lang Hear Res.* 1987; 52: 156-73.
9. Conti-Ramsden G, Durkin K. Language and independence in adolescents with and without a history of specific language impairment (SLI). *Speech Lang Hear Res.* 2008; 51: 70-83.
 10. https://www.aepap.org/sites/default/files/pagina/archivos-adjuntos/calidad_800.pdf. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db205.pdf>.
 11. Thordardottir E, Topbaş S, IS1406 WG 3 of CA. How aware is the public of the existence, characteristics and causes of language impairment in childhood and where have they heard about it? A European survey. *J Commun Disord.* 2021; 89: 106057.
 - 12.*** Bishop DVM. Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *Int J Lang Comm Dis.* 2014, 49: 381-415.
 13. Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR. The use of medication in selective mutism: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2016; 25: 571-8.
 14. Sifneos PE. The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychother. Psychosom.* 1973; 22: 255-62.
 15. MacLean P. Psychosomatic disease and the "visceral brain." Recent developments bearing on the Papez theory of emotion *Psychosom Med.* 1949; 11: 338-53.
 - 16.** Craig A D. How do you feel – now? The anterior insula and human awareness. *Nat Rev Neurosci.* 2009 10, 59-70.
 - 17.*** Damasio A. *El error de Descartes.* Barcelona: Editorial Crítica; 1994.
 - 18.*** Barrett LF. *La vida secreta del cerebro. Cómo se construyen las emociones.* Barcelona: Ediciones Paidós; 2018.
 19. Taylor GJ, Bagby RM. *The Alexithymia Personality Dimension in Widiger TA.* (Ed.). 2012. Oxford library of psychology. The Oxford handbook of personality disorders. Oxford University Press.
 20. Lane RD, Sechrest L, Riedel R. Socio-demographic correlates of alexithymia. *Psychiatry.* 1998; 39: 377-85.
 21. Luminet O, Nielson KA, Ridout N. Having no words for feelings: alexithymia as a fundamental personality dimension at the interface of cognition and emotion. *Cognition Emot.* 2021; 35: 435-48.
 22. Hinojosa JA, Moreno EM, Ferré P. Affective neurolinguistics: towards a framework for reconciling language and emotion. *Lang Cognition Neurosci.* 2019; 35: 1-27.
 23. Samson AC, Bedem NP, Van Den Dukes D, Rieffe C. Positive Aspects of Emotional Competence in Preventing Internalizing Symptoms in Children with and without Developmental Language Disorder: A Longitudinal Approach. *J Autism Dev Disord.* 2020; 50: 1159-71.
 - 24.** Artigas-Pallarés J, Paula-Pérez I. Asignaturas pendientes del DSM-5. *Rev Neurol.* 2015; 60: S95-S101.
 - 25.*** American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Arlington, VA: Am Psychiatr Publ. 5th ed; 2013.
 - 26.*** Hyman S E. The Diagnosis of Mental Disorders: The Problem of Reification. *Annu Rev Clin Psycho.* 2010; 6: 155-79.

Bibliografía recomendada

- Cuetos F, González J, de Vega M. *Psicología del lenguaje.* Editorial Panamericana. 2021. Es un libro sobre el lenguaje, no sobre los trastornos del lenguaje; pero comprender el lenguaje es básico para comprender los trastornos.
- Mendoza E. *Trastorno específico del lenguaje (TEL): Avances en el estudio de un trastorno invisible.* Editorial Pirámide. 2016. Desarrolla a fondo el TEL o TDL y aspectos colaterales desde una visión muy actual y, a la vez, empática.
- Barrett LF. *La vida secreta del cerebro. Cómo se construyen las emociones.* Ediciones Paidós; 2018. Un libro excelente para comprender la relación entre lenguaje y emociones. Y mucho más.

Caso clínico

Los padres de Marta, que actualmente tiene 10 años y está en el cuarto curso de primaria, acuden al pediatra para que les oriente a causa de que en el colegio han decidido que deberá repetir curso, pues lleva un retraso en lectura y comprensión lectora, pero es muy competente en matemáticas y dibujo.

La exploración en la consulta no detecta ningún dato relevante, aunque se muestra muy tímida. Respecto a los antecedentes perinatales no hay nada destacable. Empezó a andar a los 15 meses y a los 4 años podía construir frases de dos palabras, aunque era difícil entenderla, pues no pronunciaba bien algunos sonidos. Sin embargo, fue progresando en el habla y a los cinco años pronunciaba correctamente.

La mamá nos cuenta que actualmente cada día hay jaleo en casa, pues siempre acaban enfadadas cuando Marta, por recomendación del colegio, debe leer en voz alta durante 20 minutos. Además, cuando le llega el turno de leer ante

sus compañeros de clase, se pone a llorar. La mamá añade que es superdespistada y que, en muchas ocasiones, parece estar en la luna. Antes de salir de casa para ir al colegio, la mamá tiene que revisar la cartera, pues siempre se olvida de algo: la libreta, el chándal, el desayuno, la agenda.

Marta es muy sensible, se enfada por nada y llora con facilidad. Con frecuencia, tiene dolores de barriga por la mañana, excepto los fines de semana y durante los periodos vacacionales.

En la consulta, a instancias del pediatra, es capaz de nombrar de forma clara y correcta los días de la semana, los meses, las estaciones y los puntos cardinales, sin embargo, cuando el pediatra la pregunta sobre las vacaciones, Marta titubea al hablar, confunde los tiempos verbales y parece que la cuesta encontrar la palabra adecuada, aunque dice que la tiene en la punta de la lengua.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web: www.sepeap.org y www.pediatriaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación

continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".



Cuestionario de Acreditación

A continuación, se expone el cuestionario de acreditación con las preguntas de este tema de *Pediatría Integral*, que deberá contestar "on line" a través de la web: www.sepeap.org.

Para conseguir la acreditación de formación continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".

Trastornos del lenguaje

9. El trastorno del habla está muy **RE-LACIONADO** con:
- La dislexia.
 - El trastorno del espectro autista.
 - La tartamudez.
 - La ansiedad.
 - El TDAH.
10. La **ALEXITIMIA** es:
- Un trastorno del desarrollo del lenguaje.
 - Una forma grave de dislexia.
 - Una lesión adquirida del área del lenguaje.
 - Una incapacidad para identificar las propias emociones.
 - Una pérdida progresiva de lenguaje.
11. El **DIAGNÓSTICO** más probable en un niño de 2 años que no ha iniciado el lenguaje es:
- Una falta de estímulos.
 - Un mutismo selectivo.
 - Un trastorno del espectro autista.
 - Un trastorno del habla.
 - El bilingüismo.
12. ¿Cuál de estas **PRUEBAS** te puede orientar en el diagnóstico de un trastorno del lenguaje?
- El EEG.
 - La resonancia magnética nuclear del cerebro.
 - Una tomografía computarizada.
 - Potenciales evocados.
 - Ninguna.
13. ¿Cuál de estos fármacos es **MUY EFICAZ** para el mutismo selectivo?
- Vitamina B6.
 - Metilfenidato.
 - Fluoxetina.
 - Risperidona.
 - Ninguna de las anteriores.
14. ¿Qué **DIAGNÓSTICO** sospecharías?
- TDAH.
 - Trastorno de ansiedad.
 - Dislexia.
 - Trastorno del desarrollo del lenguaje.
 - Todas las anteriores.
15. ¿Hay algún dato que te pudiera hacer sospechar **DISLEXIA**?
- De pequeña, hasta los 5 años, no pronunciaba bien algunos sonidos.
 - En el colegio la obligan a leer en voz alta en casa durante 20 minutos.
 - Es superdespistada.
 - Siempre se la olvida algo.
 - Son ciertas las opciones a y b.
16. ¿Qué **RECOMENDARÍAS** que hicieran los papás de Marta?
- Llevarla a repaso.
 - No ver la tele hasta haber leído durante 20 minutos.
 - Remitirla a un colega de confianza experto en trastornos del neurodesarrollo.
 - Solicitar un test de inteligencia.
 - Todas las anteriores.

Caso clínico

14. ¿Qué **DIAGNÓSTICO** sospecharías?
- TDAH.
 - Trastorno de ansiedad.