

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE FONOAUDIOLÓGÍA

ROSARIO, ARGENTINA

AÑO: 2025

LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO SINTOMÁTICO DE LOS
TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA PARA EL PROFESIONAL
FONOAUDIÓLOGO/A.

ALUMNA:

Curto, Ana Paula

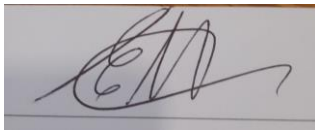
CON LA SUPERVISIÓN DE:

Lic. en Fgía. Soler, Elena y Lic. en Fgía. Cialoni, Josefina

Tesina presentada por: Curto, Ana Paula



Con la supervisión de: Soler, Elena y Cialoni, Josefina



Aprobada por:

.....
.....
.....

En Rosario, a los días del mes de del año

Legajo/s: C-2588/7

**LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO SINTOMÁTICO DE LOS
TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA PARA EL PROFESIONAL
FONOAUDIÓLOGO/A.**

AGRADECIMIENTOS

A Dios y a mi familia por acompañarme durante todas las etapas de esta hermosa carrera, que me ayudaron a pasar por todos los altos y bajos que conlleva iniciar y culminar esta etapa. A mi mamá, por haberse quedado más de una noche despierta, para escucharme repasar, tanto para parciales como para finales. A mi papá, por siempre estar presente ayudándome a buscar cada cosa que necesitaba para mi cursada y prácticas. A mi hermano, por estar siempre presente y levantarme el ánimo cada vez que lo necesitaba.

A mis amigos de la vida por sostenerme tanto y comprenderme en todos los momentos transitados.

A mis “facuamigos” que sin ellos nada en esta carrera hubiera sido igual.

A mi compañero de vida, Ulises, que me alentó a seguir y llegar a la meta.

A mis tutoras, Elena y Josefina, que tomaron el compromiso y dedicaron su tiempo para ayudarme y guiarme en este último tramo como estudiante.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
PALABRAS CLAVES	6
PROBLEMATIZACIÓN	7
OBJETIVOS	9
INTRODUCCIÓN	10
DESARROLLO.....	12
CAPÍTULO 1 - EL HABLA HUMANA Y SU ESTUDIO A TRAVÉS DE LA FONÉTICA Y LA FONOLOGÍA	12
1.1 El habla.....	12
1.2 Fonética y fonología.....	13
1.2.1 Fonética	13
Consonantes	14
Vocales	15
1.2.2 Fonología	16
CAPÍTULO 2 - DEL SONIDO A LA PALABRA: desarrollo fonético-fonológico y TSH.	18
2.1 El desarrollo perceptivo.....	18
2.2 Desarrollo productivo.	19
2.2.1 Desarrollo fonológico.....	22
2.3 Trastornos de los sonidos del habla (TSH).....	24
CAPÍTULO 3: SINTOMATOLOGÍA Y ETIOLOGÍA DE LOS TSH	27
3.1 Sintomatología de los TSH.....	27
3.2 Etiología de los TSH	29
3.3 Impacto del diagnóstico e intervención temprana en los TSH	31
3.4 Repercusión de los TSH en el desarrollo del habla y la comunicación	32
3.5 Relevancia clínica y terapéutica de la sintomatología y la etiología.....	32
CAPÍTULO 4. EL HABLA Y OTROS ACTOS MOTORES OROFACIALES NO VERBALES. ANÁLISIS DEL PEFF-R COMO HERRAMIENTA CLÍNICA.....	35
4.1 El habla: una función neurobiológica compleja y única.....	35
4.2 Actos Motores Orofaciales No Verbales (AMONV): definición, clasificación y reflexiones clínicas.....	37
4.3 Revisión crítica del uso clínico de los Ejercicios Motores Orofaciales No Verbales (EMONV)	38
4.4 Consideraciones éticas en la aplicación de protocolos diagnósticos en población infantil	41
4.5 Análisis crítico del PEFF-R: aplicación, limitaciones, desafíos y proyecciones	43
4.5.1 Aplicación del PEFF-R	43
4.5.2 Limitaciones y desafíos del PEFF-R.....	44
4.5.3 Proyecciones clínicas y académicas	45
BIBLIOGRAFÍA.....	49

RESUMEN

El presente ensayo aborda los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH) desde una perspectiva clínica, lingüística y basada en evidencia. Se analizan los procesos de adquisición fonético-fonológico, la sintomatología y etiología de los TSH, así como su impacto en el desarrollo comunicativo infantil. Se revisa críticamente el uso de ejercicios motores orofaciales no verbales (EMONV) y se examina en profundidad el Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica - Revisado (PEFF-R). A lo largo del trabajo se destaca el rol del fonoaudiólogo como agente clave en la detección, diagnóstico e intervención, promoviendo prácticas profesionales contextualizadas, éticas y fundamentadas teóricamente. Esta mirada integral permite repensar el abordaje de los TSH en la infancia, articulando la teoría con la práctica clínica.

PALABRAS CLAVES

Trastornos del habla - Desarrollo fonológico - Sintomatología - Etiología - Evaluación fonética - Rol del fonoaudiólogo.

PROBLEMATIZACIÓN

Los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH) constituyen una de las causas más frecuentes de consulta fonoaudiológica en la infancia, y a la vez, una de las áreas donde persisten mayores tensiones entre la teoría, la evidencia científica y las prácticas clínicas instauradas. A pesar de los avances en la investigación fonética y fonológica, así como en neurociencias del lenguaje, aún se observa una brecha significativa entre el conocimiento actual y las intervenciones que se implementan cotidianamente. Esta disociación se expresa, por ejemplo, en el uso extendido de ejercicios motores orofaciales no verbales (EMONV), cuya eficacia en la mejora del habla ha sido ampliamente cuestionada por la literatura especializada.

En este escenario, una de las principales problemáticas que enfrenta el profesional fonoaudiólogo/a es la dificultad para identificar con precisión la sintomatología de los TSH, lo que incide directamente en la elección de métodos de evaluación y estrategias terapéuticas. Sin un adecuado reconocimiento de las manifestaciones clínicas (ya sean fonéticas, fonológicas o mixtas), se corre el riesgo de aplicar intervenciones estandarizadas, descontextualizadas o poco eficaces. Esta situación no sólo compromete los resultados terapéuticos, sino también el derecho del niño a una atención especializada y basada en evidencia.

Asimismo, la etiología de los TSH, que puede ser conocida o funcional, demanda una mirada integral que incluya factores biológicos, cognitivos, lingüísticos y contextuales. Sin embargo, en muchos casos, se continúa priorizando una perspectiva mecanicista centrada en los órganos de la articulación, en desmedro de una visión más amplia que contemple la complejidad del habla como función neurobiológica, lingüística y social.

Frente a esta realidad, se hace necesario revisar críticamente las prácticas diagnósticas y terapéuticas en relación a los TSH. En particular, resulta pertinente analizar herramientas como el Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica - Revisado (PEFF-R), que propone un enfoque integral para la caracterización de estos trastornos. No obstante, su aplicación requiere de una formación específica y una comprensión profunda de los fundamentos teóricos que lo sustentan.

Por todo lo expuesto, este trabajo se propone indagar en la relevancia del reconocimiento sintomático en los TSH como eje central para una práctica fonoaudiológica ética, contextualizada y científicamente fundada. A través del análisis del desarrollo fonético-fonológico, la descripción de los síntomas y etiologías de los TSH, la revisión crítica de los EMONV y el estudio del PEF-R como herramienta diagnóstica, se busca contribuir a la reflexión sobre el rol del profesional en la evaluación y tratamiento de estos trastornos, fomentando decisiones clínicas más informadas, precisas y coherentes con las necesidades reales de la infancia.

OBJETIVOS

- Investigar sobre los trastornos de los sonidos del habla.
- Discutir acerca de las etiologías y sintomatología de los trastornos de los sonidos del habla.
- Reflexionar sobre el desarrollo fonético y fonológico esperado en los niños.
- Analizar el Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica - Revisado (PEFF-R).
- Deliberar acerca de la importancia del reconocimiento adecuado de la sintomatología de los trastornos de los sonidos del habla para una intervención fonoaudiológica efectiva.

LA IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO SINTOMÁTICO DE LOS TRASTORNOS DE LOS SONIDOS DEL HABLA PARA EL PROFESIONAL FONOAUDIÓLOGO/A.

INTRODUCCIÓN

Los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH) constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en el ámbito de la fonoaudiología infantil. Su presencia compromete no solo la inteligibilidad del habla, sino también aspectos fundamentales del desarrollo comunicativo, emocional y social del niño. En este contexto, el reconocimiento temprano, la caracterización precisa y la planificación de intervenciones eficaces representan desafíos centrales para los profesionales del área.

Este ensayo tiene como propósito principal abordar los TSH desde una perspectiva integral, que articule los aportes de la fonética y la fonología con enfoques neurofuncionales, clínicos y lingüísticos. Se parte de la premisa de que el habla no es una mera ejecución articular, sino una función compleja y simbólica que se construye en el marco de la interacción social y del desarrollo del lenguaje. En tal sentido, comprender las particularidades de su adquisición, sus desviaciones y los modos de evaluación e intervención, resulta indispensable para el ejercicio ético y efectivo de la fonoaudiología.

A lo largo del trabajo se desarrollan diversos capítulos que dan cuenta de este enfoque multidimensional. En el primero, se sientan las bases conceptuales necesarias para entender el habla como fenómeno articulatorio y lingüístico, diferenciándolo de otros actos motores orofaciales no verbales. En el segundo capítulo, se aborda el desarrollo fonético-fonológico en la infancia, considerando tanto las etapas evolutivas como los procesos implicados en la adquisición de los sonidos del habla. El tercer capítulo se centra en la sintomatología y etiología de los TSH, integrando clasificaciones actuales, implicancias clínicas y evidencia empírica. Luego, en el cuarto capítulo, se incorpora una revisión crítica del uso de ejercicios motores orofaciales no verbales (EMONV), así como un análisis detallado del Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica - Revisado (PEFF-R), destacando su valor diagnóstico y sus limitaciones.

La estructura del ensayo responde a una lógica progresiva: desde la comprensión del habla como sistema funcional, hasta la reflexión crítica sobre sus alteraciones y

las herramientas disponibles para evaluarlas. A su vez, se sostiene en un enfoque de práctica basada en evidencia, especialmente en los aportes de Franklin Susanibar y otros referentes del campo como Ruscello, Gierut y Shriberg.

En definitiva, este trabajo busca no solo aportar conocimiento sobre los TSH, sino también promover una actitud reflexiva y crítica frente a las prácticas clínicas vigentes. Se espera que su lectura contribuya al fortalecimiento de una fonoaudiología informada, actualizada y comprometida con el desarrollo integral del niño.

DESARROLLO

CAPÍTULO 1 - EL HABLA HUMANA Y SU ESTUDIO A TRAVÉS DE LA FONÉTICA Y LA FONOLOGÍA

1.1 El habla

Según Saussure (1945), "el habla es un sistema supraindividual de signos y reglas convencionalmente establecidas". Cuando los seres humanos utilizan el habla, actúan de forma voluntaria e involuntaria, efectuando combinaciones lingüísticas que permiten apreciar el uso particular que cada uno hace de su código y el mecanismo anatomofisiológico utilizado para su exteriorización fonoarticulatoria. En esta misma línea, Susanibar y Parra (2011) opinan que el habla es el resultado de la compleja relación de procesos neurolingüísticos, neurofisiológicos, neuromusculares y también de la actividad psíquica, que está conformada por los procesos de percepción, imaginación, pensamiento y actuación del plano epiconsciente. En este contexto, una persona utiliza en forma particular los códigos y reglas propios de su lengua, de acuerdo con sus experiencias socioculturales, estados afectivos, cognitivos, conativos y volitivos, procesos que se evidencian durante su emisión a través de características de la voz, fluidez, prosodia y articulación.

Al mencionar estos procesos neurolingüísticos, neuromusculares y neurofisiológicos se hace referencia a:

- **Procesos neurolingüísticos:** Selección de imágenes acústicas almacenadas en el cerebro.
- **Procesos neuromusculares:** Selección (planificación) y secuenciación (programación) de patrones motrices almacenados de los diferentes constituyentes fonológicos, los cuales se convierten en los movimientos destinados a emitir una secuencia sonora.
- **Procesos neurofisiológicos:** Materialización visual y acústica de los dos procesos anteriores. Consiste en la producción de la fonoarticulación, que engloba la fonación, voz, resonancia y articulación.

La producción del habla es un proceso complejo que demanda la integridad e interrelación del sistema nervioso central, el cual controla el procesamiento y comprensión fonológica, además de facilitar el proceso fonético a través de la planificación y programación motriz. Asimismo, intervienen el sistema nervioso

periférico y el sistema respiratorio y estomatognático, en una función sinérgica que involucra las diversas estructuras que componen estos sistemas.

1.2 Fonética y fonología

Según la Real Academia Española (2011), "la fonética y fonología, desde distintos puntos de vista, estudian las características, complejidad, comportamiento y organización de los sonidos de una lengua, al producir un enunciado". (p. 265)

Susanibar et al. (2016) explican que ambas disciplinas, lejos de excluirse, se constituyen como áreas complementarias que interactúan mutuamente. En la actualidad, la fonología requiere de la investigación y los datos (evidencia) fonéticos para elaborar, apoyar o refutar sus interpretaciones; la fonética necesita de la fonología para explicar adecuadamente la complejidad de los fenómenos fónicos. Así, desde esta perspectiva, se puede afirmar que es imposible describir el sistema fonológico de una lengua (entendido como el conjunto de rasgos distintivos y su red de asociaciones), sin conocer su sistema fonético (definido como el conjunto de sonidos que utilizan los hablantes para transmitir sus mensajes). De esta forma, se entiende que la fonética se encarga de establecer las características articulatorias y acústicas de los sonidos, mientras que la fonología determina qué particularidades son relevantes para distinguir el significado de las producciones.

1.2.1 Fonética

Desde el punto de vista lingüístico, Susanibar (2011) describe que la fonética es el área que estudia, analiza y clasifica sistemáticamente los sonidos de una determinada lengua, considerando aspectos tales como la producción, transmisión y percepción, a partir de criterios anatomofisiológicos de articulación, acústicos y perceptivos de la secuencia sonora producida por el hablante.

Es relevante recordar que las unidades básicas de la fonética son los sonidos del habla o elementos segmentales, tradicionalmente denominados fonos. Además, existen elementos suprasegmentales o rasgos prosódicos que complementan la descripción fonética.

Los sonidos del habla son cada uno de los elementos de una secuencia sonora, los cuales poseen características fonoarticulatorias, anatomofisiológicas, acústicas y perceptivas particulares.

La fonética organiza los sonidos en dos grandes grupos de acuerdo a sus características articulatorias: las consonantes y las vocales.

Consonantes

Las consonantes son aquellos sonidos que presentan un obstáculo, en mayor o menor grado, en alguna región del tracto vocal que impide o dificulta la salida del aire. Según el Alfabeto Fonético Internacional (2015), existen dos grandes grupos de consonantes: las **pulmónicas** (o egresivas) y las **no pulmónicas**. Las primeras son producidas gracias a la energía aerodinámica creada por la acción de los músculos respiratorios. El aire es exhalado y modificado en las cavidades glóticas y supraglóticas. Este tipo de consonantes se utiliza en español. Las consonantes no pulmónicas, en cambio, son producidas con aire que no es impulsado desde los pulmones, sino desde la faringe, por un movimiento ascendente o descendente de la glotis. Incluso, la lengua puede crear una cámara de presión negativa que, al moverla en sentido vertical junto con la mandíbula, permite que el aire ingrese, produciendo sonidos llamados "consonantes inyectivas", también conocidas como clics o chasquidos. Este fenómeno no se presenta en el español, por lo que no se profundizará en su descripción.

Las consonantes pulmonares se caracterizan y agrupan según la configuración de las estructuras anatómicas del habla durante su emisión. Estas estructuras incluyen órganos, músculos, huesos, cavidades y pliegues, que en conjunto Susanibar et. al. (2016) las denomina como "estructuras anatómicas del habla" (EAH). Siguiendo a Susanibar et. al, (2016), las consonantes pulmonares se pueden clasificar en función de diversos criterios:

- **La acción de los pliegues vocales:** Cuando los pliegues vocales generan vibración, el sonido producido es sonoro (ejemplo: /m/, /b/); cuando no se produce vibración, se consideran sordas (ejemplo: /p/, /t/).
- **La acción del mecanismo velofaríngeo:** Los sonidos orales se producen cuando el mecanismo velofaríngeo está activo, bloqueando la cavidad nasal. Los sonidos nasales se producen cuando este mecanismo queda inactivo, permitiendo que el aire fonado pase tanto por la cavidad oral como por la

nasofaríngea (ejemplo: /m/, /n/, /ñ/).

- **El modo articulatorio:** Este criterio hace referencia al grado y tipo de obstrucción creada por las estructuras articulatorias. Las consonantes se agrupan como nasales, oclusivas, fricativas, africadas, laterales y aproximantes.
- **La zona de articulación:** La zona anatómica donde las estructuras articulatorias se contactan o crean estrechamientos que modifican la abertura de la cavidad oral. Las consonantes pueden ser bilabiales, labiodentales, dentoalveolares, alveolares, palatales, velares o interdentes.

Vocales

Las vocales son segmentos pulmonícos, es decir, se producen por la energía aerodinámica generada en los pulmones y son siempre sonoras. A diferencia de las consonantes, las vocales no presentan obstáculos en la cavidad supraglótica. Las características articulatorias de las vocales son:

- **La abertura oral o altura:** Determinada por la posición de la mandíbula y la distancia entre la lengua y el techo de la cavidad oral, que puede ser alta, media o baja (ejemplos: cerrada-alta /i/, /u/; media /e/, /o/; abierta-baja /a/).
- **La posición de la lengua en sentido anteroposterior:** La lengua puede estar en una posición anterior, central o posterior (ejemplos: anterior /i/, /e/; central /a/; posterior /u/, /o/).

1.2.2 Fonología

Susanibar (2011) define la fonología como el área que estudia los elementos fonológicos desde dos grandes apartados. El primer apartado se enfoca en la manera en que se estructuran los rasgos articulatorios para crear segmentos que constituyen la palabra fonológica, centrándose en las relaciones entre el léxico y la gramática (fonología, morfología y sintaxis). El segundo apartado se concentra en

los elementos suprasegmentales de una lengua, que forman el enunciado fonológico, teniendo en cuenta los principios y reglas gramaticales de la lengua. Así, se exploran las relaciones entre las palabras fonológicas y cómo se combinan para formar unidades entonativas y patrones melódicos, que constituyen unidades más complejas denominadas "enunciados fonológicos". Martínez y Quilles (2011) mencionan que tradicionalmente la unidad básica de la fonología es el fonema, pero en la fonología actual, Susanibar (2011) sostiene que el elemento primordial son los rasgos distintivos, los cuales constituyen cada uno de los elementos de un segmento que, al ser modificados, pueden generar un contraste significativo. Los fonemas se conocen también como segmentos contrastivos, término que emplea la Real Academia Española (2011) en su nueva gramática de la lengua española. Estos segmentos constituyen los sistemas fonológicos de las lenguas naturales.¹

Desde una perspectiva clínica, Yavas et al. (2001) destacan que los rasgos distintivos tienen tres funciones básicas:

1. Describir las propiedades fonoarticulatorias que componen un segmento contrastivo.
2. Diferenciar significados de los ítems léxicos.
3. Agrupar los sonidos en clases naturales, es decir, en grupos de segmentos contrastivos que son recíprocos y, por tanto, presentan las mismas alteraciones fonológicas.

Walsh (1974) sugiere que, para el análisis fonológico-clínico de la articulación del paciente, se debe utilizar la caracterización fonética y articulatoria de los rasgos, como la zona, el modo, la sonoridad y la resonancia de los segmentos contrastivos.

Este recorrido teórico permite comprender que el habla no puede ser reducida a una mera emisión sonora, sino que constituye una capacidad humana compleja, sostenida en la integración de múltiples dimensiones: neurolingüísticas, fisiológicas,

¹ RAE: hace referencia a la lengua materna.

cognitivas y socioculturales. Esta concepción integral ofrece al profesional fonoaudiólogo/a una perspectiva enriquecida para analizar cómo se produce, estructura y organiza el lenguaje oral. En este sentido, el abordaje de la fonética y la fonología como disciplinas complementarias resulta esencial. Mientras la fonética describe las propiedades físicas y perceptivas de los sonidos del habla, la fonología se ocupa de su función dentro del sistema lingüístico. Juntas, proveen herramientas fundamentales para interpretar tanto la forma como la función de los sonidos, y permiten establecer criterios para diferenciar aquellos que cumplen un rol contrastivo en el significado. Este marco conceptual no solo permite delimitar los parámetros que definen la normalidad en la producción del habla, sino que sienta las bases para comprender cómo y por qué dichos parámetros pueden verse alterados. Desde una perspectiva clínica, este conocimiento resulta imprescindible para el profesional fonoaudiólogo/a, ya que posibilita la identificación y el análisis preciso de los segmentos contrastivos del habla a partir de sus rasgos distintivos. La caracterización fonética y fonológica de los sonidos, en términos de modo, punto de articulación, sonoridad y resonancia, se configura como una herramienta clave para el diagnóstico y la intervención en los trastornos del habla. Así, comprender los mecanismos que subyacen a la producción y organización del habla permite orientar prácticas clínicas fundamentadas, rigurosas y eficaces.

CAPÍTULO 2 - DEL SONIDO A LA PALABRA: desarrollo fonético-fonológico y TSH.

Susanibar et al. (2016), explican que la variable más relevante en la adquisición y desarrollo del habla es el estímulo auditivo, el cual se favorece mediante la interacción adulto-niño. Es en esta relación que el pequeño irá percibiendo las particularidades del habla del emisor e intentará reproducirlas progresivamente, hasta lograr un habla convencional para su comunidad. Lógicamente, para que esto ocurra, el niño deberá contar con una buena capacidad auditiva junto con habilidades como la memoria y condiciones cognitivo-lingüísticas adecuadas; madurez neuromuscular y neurosensorial, así como una adecuada morfología orofacial.

Como se mencionó en el capítulo anterior, el habla es un proceso complejo y no un simple acto motor, por lo que su exteriorización se efectúa a través de la voz considerando tanto aspectos suprasegmentales como segmentales.

2.1 El desarrollo perceptivo.

Boysson-Bardies, B (1999), afirma que:

En la actualidad, se sabe que, en razón a que el oído humano ya es funcional a partir del quinto mes de gestación, los recién nacidos evidencian una preferencia con respecto a la voz de su madre en contraste a otras voces de mujeres y muestra preferencia por su lengua materna en relación a otras lenguas. (p. 22)

Esto permite pensar en la existencia de un desarrollo perceptivo en el período prenatal. Esta preferencia hace que el bebé dirija su atención a los sonidos lingüísticos, separándolos de los otros sonidos del ambiente, y así ofrecerle, desde muy temprano, una primera base para empezar su tarea de adquisición del lenguaje oral.

Susanibar et al. (2016), mencionan que también los bebés, en su primer mes de vida, son capaces de percibir contrastes fonéticos en el habla (tanto entre vocales como entre consonantes), mientras que hacia el segundo mes logran ir percibiendo contrastes prosódicos en el habla. Sin embargo, estos contrastes, durante los primeros seis meses, no se limitan a los específicos de su lengua materna, sino también a contrastes lingüísticos más generales. Es decir, durante los primeros seis meses tienen la capacidad de percibir los sonidos lingüísticos de manera general y progresivamente, a medida que son expuestos a una determinada lengua, reducen el número de contrastes percibidos, restringiéndolos a esa lengua escuchada. Mientras más inmersos están en un idioma determinado, mayor precisión y especificidad lingüística tienen. Así, luego de los seis meses y más cerca de los diez u doce, el niño aumentará su sensibilidad auditiva para los contrastes propios de su lengua materna.

Jusczyk, P. W. et al. (1993), coinciden con esta mirada del desarrollo perceptivo y agregan que, entre los seis y nueve meses, los niños adquieren la capacidad de

distinguir entre palabras de su propia lengua y palabras de otra lengua, basándose en sus propiedades fonéticas y fonotácticas (fonotaxis)², así como en sus particularidades prosódicas/suprasegmentales. Añaden también que los niños, cerca de los nueve meses, desarrollan una sensibilidad a los patrones rítmicos y de acentuación dominantes de palabras de su lengua.

Con estos antecedentes, se puede comprender la importancia que tiene el buen desarrollo auditivo para el futuro desarrollo fonético y fonológico.

2.2 Desarrollo productivo.

La fonética y la fonología mantienen una relación muy cercana, especialmente durante el desarrollo en edades tempranas. En este apartado se abordarán ambos aspectos juntos y luego se hará un breve desarrollo acerca del desarrollo fonológico.

En base a los trabajos realizados por Ingram (1989) y Vihman (1996), retomados por Susanibar et al. (2016), se acuerda en dividir la adquisición fonético-fonológica en cuatro estadios, a saber:

- ❖ Primer estadio (0 a 12 meses). Etapa de la comunicación prelingüística. Corresponde al período en el que el niño evoluciona desde la producción de vocalizaciones involuntarias hasta el balbuceo. Esta etapa se ve condicionada por la maduración de los sistemas biológicos de la producción del habla y del desarrollo perceptivo (fonológico), lo que indicaría la adquisición paralela de la fonología (percepción) y de la fonética (producción), existiendo una retroalimentación entre sí desde etapas muy tempranas.

Dentro de este estadio, Oller (1980), distingue cinco subetapas, de acuerdo con los tipos y modos de la producción sonora:

- 0 a 2 meses: vocalizaciones reflejas o etapa fonatoria. Durante los dos primeros meses los bebés tienen un amplio repertorio sonoro de tipo reflejo, especialmente relacionado con los cambios que

² Fonotáxis: “se ocupa de las normas y reglas que regulan la combinación de los fonemas de una lengua.” - Alcaraz y Martínez (1997).

experimentan debido a sus primeras interacciones con el exterior, como la nutrición, el dolor o el confort.

- 2-4 meses: gorjeo y sonrisas. Aquí aparece un nuevo tiempo de vocalización denominado protofonaciones (producidas en la región velar). Surgen tanto en soledad como en un contexto de interacción con otro.
 - 4-6 meses: expansión fonética (juego vocal incipiente). Ya logran producir de manera voluntaria largas melodías vocálicas de resonancia completa y sonidos consonánticos, producidos por la exploración del tracto vocal.
 - 6 meses en adelante: balbuceo canónico. Se producen las primeras “sílabas canónicas”, es decir, consonantes y vocales combinadas en sílabas en secuencias repetitivas. Se caracteriza por la escasa variación de la entonación como en la combinación de segmentos consonánticos y vocálicos que puede conformar. (Ejemplo: <pa-pa-pa> o <ma-ma-ma>).
 - 10 meses en adelante: balbuceo variado o convencional. Aquí el balbuceo comienza a tener mayor amplitud en los registros tonales y melódicos, incrementando su variedad y complejidad. También hay mayor combinación entre consonantes y vocales. Es en este mismo período, más cercano a los 12 meses, cuando se presentan las primeras protopalabras del niño.
- ❖ Segundo estadio (12 a 18 meses). Etapa fonológica de las cincuenta palabras. En este período se llega a adquirir las primeras cincuenta palabras, que se caracterizan, fonética y fonológicamente, según Ingram (1989), “por el uso importante de consonantes bilabiales y alveolares, un modo de producción preferentemente oclusivo o nasal, y una longitud no superior a dos sílabas” y Bosch (2004), agrega, “los grupos consonánticos son inexistentes y las codas silábicas, muy poco frecuentes”.

En este estadio, Bosch (2004), menciona “la aparición de la palabra se suscita tanto dentro de las actividades rutinarias hogareñas como en juegos e intercambios sociales.” (p. 45)

Susanibar et al. (2016), reconoce que para que la verbalización de un niño sea catalogada como palabra, deben considerarse los siguientes elementos:

- Producción de manera aislada, separadas por pausas.
- Aparición frecuente, dentro del repertorio que tiene el niño en su cotidianidad.
- Correlacionarse con el contexto situacional, por lo menos de manera parcial.
- Evidenciar una organización protofonémica, con producciones más estables que en el balbuceo.

❖ Tercer estadio (18 meses a los 4 años). Etapa fonológica de los procesos de simplificación del habla. Se presentan procesos de simplificación fonológica (PSF), que determinan las características de las producciones que realiza el niño. Fernandez (2005), explica que los infantes simplifican las palabras que producen debido a tres probables causas:

- 1) Capacidad de memoria limitada, factor que les impediría recordar la palabra adulta completa, por lo que su reproducción sería parcial.
- 2) Hay una limitación a nivel de la representación de la palabra por parte del niño, por lo que éste la representa de forma simplificada.
- 3) Los niños, en esta edad, poseen limitadas capacidades articulatorias, condicionadas por la maduración neuromuscular; de ahí que no logren realizar producciones adultas hasta que llegan a alcanzar la madurez de esta condición.

Susanibar et al. (2016) señala que, al comienzo, los PSF son muy reductores, afectando de esta forma la inteligibilidad del habla, pero progresivamente se convierten en procesos poco deformantes hasta su total desaparición .

Hacia los cuatro años, la mayoría de los PSF han sido superados, mientras que hacia los cinco, el habla puede ser bastante correcta, aunque aún se pueden observar algunas simplificaciones en determinados grupos consonánticos. Hacia los seis, prácticamente han desaparecido estas simplificaciones

- ❖ Cuarto estadio (4 a los 6 años). Etapa de culminación de la adquisición fonético-fonológica. Es aquí que irá culminando la adquisición del repertorio fonético-fonológico. En este período el niño debería lograr, realizar producciones correctas de palabras simples e incrementar el uso de palabras más complejas. Los PSF deberían desaparecer por completo en esta etapa.

2.2.1 Desarrollo fonológico.

Susanibar et al. (2016) critican el orden de adquisición de fonemas que propone Jakobson (1969), ya que exponen que, dicho autor, trata de establecer un orden general y rígido para la adquisición de los fonemas de cualquier lengua. Susanibar et al (2016), comentan que esta rigidez, propuesta por Jakobson (1969), en la clínica diaria no es tan lineal como lo describe. Es por esto, que proponen y sostienen seguir la mirada de Tordera Yllescas (2015), este último propone que no se puede mantener un orden generalizado de la adquisición de los fonemas, pero que sí es posible establecer un orden parcial:

- a)** continuas > no continuas
- b)** consonantes anteriores > posteriores
- c)** sordas > sonoras
- d)** no líquidas > líquidas

Se habla de un orden parcial porque, en ningún caso, se establece, por ejemplo, si primero se adquieren las oclusivas sonoras o las fricativas sordas, como lo hace Jakobson. Es decir, un orden parcial no establece si antes se aprenderá la /d/ o la /f/. Ambas opciones serían posibles. Lo que sí establece este orden parcial es saber

que, si el niño ha adquirido la /g/ deberá haber adquirido previamente la /k/ o si ha adquirido la /f/ habrá adquirido la /p/.

Lo importante desde esta perspectiva es observar qué rasgos nuevos va adquiriendo el niño en su desarrollo y qué fonemas nuevos aparecen a partir de entonces en su inventario.

Tordera Yllescas (2015) hace ver que este orden parcial será dependiendo del sistema fonológico de cada lengua, y es en base a esta que se pueden hacer unas predicciones u otras. Por ejemplo, en una lengua como la castellana en la que solo tenemos tres labiales (/p/, /b/, /f/), la existencia de /f/ ha de implicar la de /p/, porque las no continuas, preceden a las continuas, pero deja indeterminado si el fonema /b/ se ha adquirido antes o no que /f/, puesto que, si bien es cierto que las no continuas preceden a las continuas, también lo es que las consonantes no sonoras preceden a las sonoras. Por tanto, hay dos principios con resultados contrapuestos y, por ello, ambas soluciones serían válidas. Mientras que si se observa por ejemplo, el catalán, en donde existe un fonema labiodental sonoro, /v/. En este caso, la adquisición de un fonema como éste sí garantiza la adquisición del fonema /b/, pues ambos son sonoros, pero el primero es fricativo y el segundo oclusivo.

De esta forma se observa que éste principio propuesto por Tordera Yllescas (2015), es posible de aplicar siempre en relación al sistema fonológico de cada lengua.

Respecto a la adquisición de las vocales, Susanibar et al. (2016), se basan en los rasgos distintivos propuestos por la RAE, que a su vez el propio Jakobson (1969) reconoce e identifica los mismos procesos al mencionar que si bien él propone y describe un sistema vocálico triangular, es posible que la adquisición sea en base a un sistema vocálico lineal, que es lo que la RAE (2011) y Susanibar et. al (2016), sostienen que sucede realmente en la clínica, esto sería: /a/ > /i/ > /u/ > /e/ > /o/.

Frente a lo expuesto, tanto la crítica de Susanibar et al. (2016) como la propuesta de Tordera Yllescas (2015) permiten replantear los modelos tradicionales de adquisición fonológica, resaltando la necesidad de considerar el sistema fonológico de cada lengua y la variabilidad individual en el desarrollo infantil. Esta mirada parcial y flexible resulta más coherente para la observación clínica y los procesos reales de adquisición del habla.

2.3 Trastornos de los sonidos del habla (TSH).

Grunwell (1987) e Ingram (1983) abrieron el camino para visualizar que la producción de los sonidos del habla, involucra una organización y representación lingüística-cognitiva de éstos (fonología), lo que facilitó la comprensión de muchas alteraciones de los sonidos del habla, que no podían ser explicadas sólo a partir de problemas articulatorios. A partir de este momento se fueron implementando diferentes nomenclaturas para referirse a estas alteraciones en el habla. Bowen (2015) comenta que, a lo largo de la historia, se han utilizado diversos términos para referirse a lo que actualmente se denomina trastornos de los sonidos del habla (TSH). Entre 1920 y 1970, el término más difundido fue “dislalia”, especialmente en Europa, mientras que en Estados Unidos predominó la expresión “trastorno funcional de la articulación/habla”. Durante las décadas de 1970 y 1980, comenzó a diferenciarse entre “trastorno de la articulación” y “trastorno fonológico”, aunque en la práctica clínica y en la literatura especializada ambos conceptos se entremezclaban, sin una distinción clara. En los años noventa, se introdujo el término “alteraciones articulatorio-fonológicas”, con un énfasis creciente en la dimensión fonológica, aunque persistía la superposición entre niveles. Hacia finales de esa década y comienzos de los 2000, se consolidó el uso de “trastorno fonológico”, que abarcaba tanto las alteraciones fonéticas como fonológicas, incorporando además nociones como “retraso fonológico” y “desarrollo atípico/desordenado”, incluyendo aspectos fonéticos, fonológicos y fonotácticos. Si bien aún se observan estas denominaciones en distintas fuentes, desde 2005 el término más aceptado es trastornos de los sonidos del habla (TSH), el cual engloba las alteraciones fonéticas, fonológicas y su combinación.

Basado en esto, Susanibar et al. (2016) definen a los trastornos de los sonidos del habla como:

Una alteración en la producción articulatoria de los sonidos (fonética) y/o en el uso funcional de los segmentos contrativos “fonemas” de un idioma (fonología) que afecta la inteligibilidad del habla en diferentes grados y puede ser diagnosticado en las distintas etapas de la vida. (p. 112).

Esta definición es de gran relevancia para la clínica fonoaudiológica, ya que lo que se busca es adecuar lo más posible la emisión de los sonidos del habla a los estándares social y culturalmente aceptados, para que la persona mantenga una comunicación eficiente.

En este sentido, siguiendo a Susanibar, Dioses y Tordera (2016), para la intervención, es más relevante identificar y describir la sintomatología y no la etiología, es decir, establecer el perfil de las alteraciones fonéticas y/o fonológicas del individuo, ya que ello permitirá plantear las técnicas e instrumentos que han de ser utilizados durante el tratamiento; sin embargo, esta postura no excluye la necesidad e importancia de que se busque conocer e identificar la etiología de la alteración misma.

Este recorrido teórico y clínico evidencia la constante evolución en la comprensión y denominación de los trastornos de los sonidos del habla, producto del avance en el abordaje interdisciplinario entre la fonética y la fonología. La claridad conceptual que hoy ofrece el término TSH permite no solo integrar niveles articulatorios y cognitivo-lingüísticos, sino también repensar la intervención clínica desde una perspectiva centrada en el perfil funcional del paciente. En este marco, la propuesta de Susanibar et al. (2016) contribuye significativamente al desarrollo de prácticas diagnósticas y terapéuticas más contextualizadas, donde el énfasis se coloca en la descripción precisa de la sintomatología, respetando los estándares comunicativos aceptados en cada comunidad. Esta orientación no excluye la búsqueda etiológica, sino que la complementa desde una mirada integradora, ética y profundamente comprometida con la singularidad de cada individuo.

CAPÍTULO 3: SINTOMATOLOGÍA Y ETIOLOGÍA DE LOS TSH

La identificación precisa de los síntomas y la etiología de los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH) constituye un paso esencial en la evaluación e

intervención fonoaudiológica. La literatura especializada destaca la importancia de reconocer las manifestaciones clínicas para definir la naturaleza del trastorno y, en consecuencia, seleccionar estrategias terapéuticas adecuadas. En este capítulo se abordarán en detalle los tipos de síntomas observables en los TSH y las posibles causas que los originan, siguiendo el enfoque teórico y clínico propuesto por Franklin Susanibar (2016), complementado con los aportes de autores como Ruscello (2008), Gierut (1998) y Shriberg (2000).

3.1 Sintomatología de los TSH

Susanibar (2016) clasifica los síntomas de los TSH en tres grandes grupos: fonéticos, fonológicos y mixtos (fonético-fonológicos), diferenciación que permite al clínico determinar si el origen del desorden es motor, lingüístico o una combinación de ambos.

Los **síntomas fonéticos** refieren a dificultades en la ejecución motriz del habla. El niño sabe qué sonido desea producir, pero presenta limitaciones en los movimientos articulatorios para lograrlo. Estos síntomas se manifiestan en distorsiones que pueden involucrar la precisión, velocidad o coordinación de los órganos fonoarticulatorios. Son comunes en casos de disartrias, apraxias del habla o alteraciones estructurales (Susanibar, 2016; Ruscello, 2008).

Por otro lado, los **síntomas fonológicos** se vinculan a dificultades en la organización y uso de los sonidos en el sistema lingüístico. No se trata de una incapacidad para producir físicamente el sonido, sino de un uso inadecuado del mismo en el contexto comunicativo. Las manifestaciones más frecuentes incluyen sustituciones, omisiones, asimilaciones y errores sistemáticos que afectan la inteligibilidad (Grunwell, 1987; Gierut, 1998). Estos síntomas son indicativos de una alteración en la representación mental de los fonemas o en las reglas que rigen su combinación.

Finalmente, los **síntomas mixtos** (fonético-fonológicos) reflejan una interacción entre ambas dimensiones, motora y lingüística. Estos casos suelen implicar mayor complejidad diagnóstica, ya que el niño puede presentar errores en la realización física de los sonidos junto a patrones de uso alterados. Susanibar (2016) sugiere

una evaluación minuciosa para distinguir los componentes involucrados y establecer un plan terapéutico integral.

Desde la práctica clínica, la distinción entre estos síntomas no siempre es evidente, por lo que resulta esencial una evaluación detallada y contextualizada. Por ejemplo, un niño puede producir correctamente el sonido /s/ en forma aislada, pero omitirlo de manera sistemática en posición final de la palabra, lo que indicaría un déficit fonológico. En cambio, si el mismo niño realiza una /s/ interdentalizada en todos los contextos, se podría inferir un componente fonético.

Shriberg (2000) aporta un enfoque complementario al proponer un continuo de severidad basado en la precisión articulatoria y la estabilidad del error, lo que permite observar cómo ciertos síntomas pueden cambiar con el tiempo o variar según la demanda comunicativa.

La caracterización precisa de los síntomas en los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH) cumple un rol central en la práctica fonoaudiológica, ya que constituye el punto de partida para la formulación de hipótesis diagnósticas y la planificación terapéutica individualizada. Reconocer si un error responde a una dificultad articulatoria (fonética), a una representación inadecuada del sistema sonoro de la lengua (fonológica), o a la interacción de ambas, permite definir no solo el tipo de intervención, sino también el orden y las estrategias que guiarán el tratamiento.

Desde la perspectiva clínica, los síntomas fonéticos suelen estar relacionados con déficits en la ejecución motriz del habla, implicando frecuentemente la necesidad de intervenciones centradas en la estimulación de los órganos fonoarticulatorios, la conciencia motora, la precisión y la coordinación. En cambio, los síntomas fonológicos requieren abordajes que apunten a la reestructuración del sistema lingüístico subyacente, mediante actividades que promuevan la conciencia fonológica, la categorización y la generalización de reglas fonológicas.

En este sentido, Susanibar (2016) subraya la importancia de una evaluación fonético-fonológica integrada, que no se limite a un análisis de los errores producidos, sino que contemple también las condiciones bajo las cuales se producen, su consistencia o variabilidad, y la existencia de contrastes significativos. Esta mirada dinámica permite distinguir, por ejemplo, entre un error articulatorio

persistente y un uso fonológico aún no consolidado, aspecto clave para evitar sobre o subdiagnósticos.

Asimismo, desde un enfoque funcional, el análisis de la sintomatología cobra relevancia para determinar la inteligibilidad del habla y su impacto en la comunicación cotidiana del niño. No todos los errores fonológicos afectan de igual modo la comprensión por parte del interlocutor; por eso, el criterio clínico debe incluir no solo la cantidad, sino la naturaleza y la funcionalidad de los síntomas observados.

Finalmente, la identificación sintomática también permite al fonoaudiólogo anticipar trayectorias evolutivas posibles, establecer metas a corto y mediano plazo, y diseñar estrategias de intervención que resulten realistas, significativas y efectivas. En resumen, el abordaje sintomatológico, lejos de ser un simple inventario de errores, constituye una herramienta diagnóstica y terapéutica esencial para orientar una intervención verdaderamente centrada en el niño.

3.2 Etiología de los TSH

La etiología de los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH) puede clasificarse, según Susanibar (2016), en causas conocidas y causas desconocidas. Esta clasificación es útil para orientar la evaluación clínica y establecer expectativas en el proceso de intervención.

Las **etiologías conocidas** incluyen factores orgánicos o identificables, como las alteraciones estructurales, neurológicas, sensoriales o genéticas. En este grupo se encuentran:

- Alteraciones estructurales: como el labio leporino o paladar hendido, que afectan directamente la producción de ciertos sonidos por limitaciones físicas.
- Alteraciones neurológicas: como las disartrias infantiles o la apraxia del habla, donde los movimientos articulatorios se ven comprometidos por daños o inmadurez del sistema nervioso central (Ruscello, 2008).
- Déficits auditivos: las hipoacusias, no tratadas correctamente durante la infancia, pueden interferir en el desarrollo adecuado del sistema fonológico.

- Síndromes genéticos: como el síndrome de Down, donde pueden coexistir déficits cognitivos, motores y estructurales que afectan la producción y organización de los sonidos del habla.

Por otro lado, las **etiologías desconocidas**, también llamadas funcionales, se caracterizan por la ausencia de una causa médica evidente. Gierut (1998) plantea que muchos de estos casos pueden explicarse por un **déficit fonológico específico**, es decir, un trastorno en la representación y manipulación mental de los fonemas, sin afectación neurológica o sensorial aparente. Este tipo de etiología es frecuente en niños con desarrollo típico en otras áreas, pero con dificultades persistentes en el habla.

Susanibar (2016) destaca que los factores ambientales, como la falta de estimulación lingüística, la exposición limitada al lenguaje o los diferentes estilos de interacción comunicativa, también pueden incidir en la aparición o mantenimiento de estos trastornos, aunque no sean considerados causas etiológicas directas.

Finalmente, Shriberg (2000) propone una visión multifactorial de la etiología, en la que interactúan predisposiciones genéticas, influencias del entorno y características individuales del desarrollo. Esta perspectiva ayuda a comprender la variabilidad en la presentación clínica de los TSH y a evitar explicaciones reduccionistas.

En síntesis, tanto la sintomatología como la etiología de los TSH deben ser analizadas desde un enfoque clínico y teórico integral, que considere no sólo los signos observables, sino también los procesos subyacentes que los generan. Este abordaje permite al fonoaudiólogo construir una hipótesis diagnóstica coherente y planificar una intervención ajustada a las necesidades particulares de cada niño.

3.3 Impacto del diagnóstico e intervención temprana en los TSH

El diagnóstico precoz de los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH) representa un factor clave para optimizar los resultados en la intervención fonoaudiológica. La detección temprana de síntomas permite implementar estrategias terapéuticas que no solo corrigen los patrones alterados del habla, sino que también minimizan

posibles repercusiones en el desarrollo comunicativo, social y emocional del niño (Susanibar, 2016).

Ruscello (2008) y Shriberg (2000), mencionan que diversos estudios evidencian que la intervención oportuna contribuye a reducir la severidad y persistencia de los TSH, favoreciendo una mejor integración del niño en su entorno escolar y familiar. En contraste, la demora en el reconocimiento de estos trastornos puede derivar en dificultades de aprendizaje, baja autoestima y problemas de interacción social, aspectos que impactan negativamente en la calidad de vida.

Desde una perspectiva clínica, el enfoque basado en la evidencia respalda la importancia de protocolos de evaluación y detección temprana, como los propuestos por el Programa Nacional de Detección y Atención Temprana de la Hipoacusia (Ley 25.415), que enfatizan la identificación de factores de riesgo y síntomas durante los primeros años de vida. Este abordaje preventivo y proactivo no solo favorece la detección de TSH, sino que también permite intervenir en etapas críticas del desarrollo lingüístico y neuromotor, donde la plasticidad cerebral es mayor (Susanibar, 2016).

Además, la intervención temprana posibilita diseñar planes terapéuticos personalizados, ajustados a las necesidades específicas del niño y su entorno familiar, promoviendo la colaboración activa de los cuidadores en el proceso. Esta integración resulta fundamental para mantener la motivación, generalizar aprendizajes y sostener los avances en el tiempo.

En síntesis, el reconocimiento oportuno de la sintomatología y etiología de los TSH no solo facilita un diagnóstico más preciso, sino que también potencia el impacto positivo de la intervención fonoaudiológica, contribuyendo al desarrollo óptimo de las habilidades comunicativas y, por ende, al bienestar integral del niño.

3.4 Repercusión de los TSH en el desarrollo del habla y la comunicación

Como comenta Susanibar et. al (2016), los Trastornos de los Sonidos del Habla no sólo se manifiestan en la producción incorrecta o alterada de los sonidos, sino que sus repercusiones alcanzan diversas áreas del desarrollo comunicativo y social del

niño. La afectación en la inteligibilidad del habla genera dificultades en la interacción cotidiana, repercutiendo en la calidad de vida y el bienestar emocional.

En primer lugar, la disminución en la claridad articulatoria puede limitar la efectividad comunicativa, provocando que el interlocutor requiera mayor esfuerzo para comprender el mensaje. Esto puede derivar en frustración para el niño, quien experimenta dificultades para expresarse y ser comprendido, afectando su autoestima y motivación para hablar (Ruscello, 2008).

Además, los errores persistentes en la producción de sonidos interfieren con el desarrollo del lenguaje y la adquisición de competencias lingüísticas superiores, como el vocabulario y la gramática. La interrelación entre los sistemas fonético y fonológico implica que una dificultad en la representación o producción de fonemas puede afectar el aprendizaje y uso correcto del lenguaje oral (Gierut, 1998).

Por último, desde un punto de vista social, estos trastornos pueden limitar la participación del niño en contextos escolares y recreativos, dificultando la interacción con pares y adultos. Esta situación puede incrementar el aislamiento social y favorecer la aparición de conductas evitativas o problemas emocionales, lo cual evidencia la necesidad de una intervención temprana y efectiva (Shriberg, 2000).

3.5 Relevancia clínica y terapéutica de la sintomatología y la etiología

El conocimiento detallado de la sintomatología y etiología de los TSH constituye un pilar fundamental para la práctica clínica fonoaudiológica. La identificación precisa de los tipos de síntomas, así como de las causas subyacentes, permite orientar la evaluación y diseñar estrategias de intervención ajustadas a las necesidades específicas del paciente (Susanibar, 2016).

En la evaluación, resulta indispensable discriminar entre síntomas fonéticos, fonológicos o mixtos para determinar si la dificultad radica en la planificación motora, en el procesamiento lingüístico, o en ambos. Esta distinción guía la selección de pruebas diagnósticas y la interpretación de resultados, facilitando la elaboración de un diagnóstico diferencial certero.

Asimismo, la consideración de la etiología (ya sea conocida o funcional) orienta las expectativas de evolución y las técnicas terapéuticas a emplear. Por ejemplo, en trastornos asociados a condiciones neurológicas o estructurales, la intervención puede requerir un enfoque multidisciplinario que incluya soporte médico o terapéutico complementario. En cambio, los trastornos funcionales demandan intervenciones centradas en la reeducación fonológica y la estimulación lingüística (Gierut, 1998).

La perspectiva multifactorial propuesta por Shriberg (2000) enfatiza la importancia de integrar factores genéticos, ambientales y desarrollo individual en el diseño del plan terapéutico, promoviendo una atención personalizada y basada en evidencia.

Por otro lado, el rol del fonoaudiólogo trasciende la identificación y tratamiento de los síntomas, involucrando el acompañamiento del niño y su familia durante todo el proceso, la asesoría educativa y la promoción de contextos comunicativos enriquecidos, que potencien la generalización y mantenimiento de los avances logrados en terapia.

En síntesis el conocimiento profundo de la sintomatología y la etiología de los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH) constituye una herramienta clave en la práctica fonoaudiológica, tanto para una evaluación precisa como para la planificación de una intervención adecuada.

Poder identificar los tipos de síntomas (fonéticos, fonológicos o mixtos) permite inferir la naturaleza del trastorno, discernir entre componentes motores y lingüísticos, y establecer hipótesis diagnósticas diferenciadas. Este abordaje sintomatológico detallado favorece el diseño de intervenciones más focalizadas, con objetivos terapéuticos realistas y medibles.

Asimismo, una detección temprana de los síntomas puede marcar una diferencia significativa en el pronóstico, evitando repercusiones en el lenguaje, la socialización y el bienestar emocional del niño.

En cuanto a la etiología, comprendida desde una perspectiva multifactorial, ayuda a contextualizar el trastorno dentro del desarrollo global del niño, reconociendo la

interacción de factores genéticos, ambientales y madurativos. Esta mirada, evita reduccionismos y fortalece la toma de decisiones clínicas ajustadas a cada caso.

CAPÍTULO 4. EL HABLA Y OTROS ACTOS MOTORES OROFACIALES NO VERBALES. ANÁLISIS DEL PEFF-R COMO HERRAMIENTA CLÍNICA.

En el campo de la fonoaudiología, el análisis de los actos motores orofaciales constituye un componente esencial para comprender las funciones que intervienen en la producción del habla. Tradicionalmente, se ha asumido que la evaluación y estimulación de habilidades motoras no verbales, como las llamadas praxias orofaciales, masticación o soplo, pueden ser útiles para mejorar el desempeño del

habla. No obstante, investigaciones actuales cuestionan esta suposición, subrayando la necesidad de diferenciar con claridad entre el habla y otros actos motores orofaciales no verbales (AMONV).

Desde este enfoque, el presente capítulo se propone: analizar en profundidad las características que distinguen al habla de otros actos motores orofaciales no verbales; revisar el estado actual de la evidencia sobre la pertinencia clínica de los ejercicios orales no verbales; y presentar el Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica - Revisado (PEFF-R) como herramienta diagnóstica integral para la evaluación del habla, en el marco de los Trastornos de los Sonidos del Habla (TSH).

4.1 El habla: una función neurobiológica compleja y única

El habla constituye una conducta humana singular, resultado de la integración de múltiples sistemas neurobiológicos. No se trata simplemente de emitir sonidos mediante los órganos articulatorios, sino de ejecutar una secuencia altamente coordinada de movimientos voluntarios que cumplen una finalidad simbólica, intencionada y comunicativa. Como señalan Susanibar, Dioses y Monzón (2016), esta función es única en tanto combina elementos motores, lingüísticos, sensoriales y cognitivos de forma simultánea y precisa.

Desde la neurociencia, se ha demostrado que el habla implica procesos de planificación, programación y ejecución motora articuladora, que se activan a través de circuitos neuronales distribuidos en la corteza motora, áreas premotoras, cerebelo y ganglios basales (Kent, 2015). A diferencia de los movimientos orofaciales no verbales, el habla requiere una sincronía milimétrica entre la intención comunicativa, la estructuración fonológica y la acción muscular, lo que la convierte en una de las tareas más complejas del sistema nervioso central.

Además, como lo plantea Shriberg (2000), los movimientos implicados en el habla no son equivalentes a otros actos motores orales, aunque utilicen las mismas estructuras anatómicas. El habla responde a un sistema jerárquico especializado, donde los gestos articulatorios están mediados por reglas fonológicas internas, más allá de la mera ejecución muscular. En este sentido, protruir la lengua, por ejemplo, no exige la misma planificación motora ni persigue los mismos objetivos funcionales

que articular un fonema alveolar como /l/, lo que evidencia que la producción verbal involucra procesos significativamente más complejos.

Los hallazgos en estudios de imagen y electromiografía refuerzan esta idea: las trayectorias, velocidades y activaciones neuronales son diferentes cuando se realizan tareas de habla versus tareas orales no verbales (Ziegler, 2003). Por lo tanto, como lo expresa Maas (2016), no resulta eficaz pretender mejorar el habla mediante ejercicios que no impliquen su componente lingüístico. Esto refuerza la importancia de adoptar una perspectiva funcional que priorice tareas comunicativas reales en los procesos de evaluación e intervención.

Asimismo, el habla está profundamente influida por variables cognitivas, afectivas y contextuales. La carga emocional del mensaje, el interlocutor, la intención del hablante y el entorno social modulan la forma en que los sonidos se articulan. Como destaca Susanibar et al. (2016), esto convierte al habla en una conducta plástica, adaptativa y dinámica, cuya naturaleza simbólica no puede ser reducida a movimientos musculares aislados.

En resumen, reconocer al habla como una función neurobiológica compleja permite diferenciarla claramente de otros actos motores orofaciales no verbales y evitar enfoques clínicos reduccionistas. Esta comprensión es clave para orientar evaluaciones que respeten su especificidad funcional y para diseñar intervenciones terapéuticas más eficaces, centradas en tareas comunicativas y no en la repetición mecánica de movimientos.

4.2 Actos Motores Orofaciales No Verbales (AMONV): definición, clasificación y reflexiones clínicas

Los Actos Motores Orofaciales No Verbales (AMONV), también conocidos como Movimientos Orofaciales y Laríngeos No Verbales (MOL-NV) o, en el lenguaje clínico cotidiano, Ejercicios Motores Orofaciales No Verbales (EMONV), comprenden un conjunto de acciones ejecutadas por las Estructuras Anatómicas del Habla (EAH) sin la producción concomitante de habla o sonido verbal. Estas acciones incluyen, entre otras, protruir la lengua, inflar las mejillas, soplar, elevar el paladar blando, o abrir y cerrar la mandíbula sin articular palabras (Susanibar, Dioses & Monzón, 2016).

En términos generales, los AMONV se han clasificado según la región anatómica comprometida (labios, lengua, mandíbula, paladar blando), la finalidad funcional del movimiento (como movilidad, resistencia, coordinación) y su relación con funciones no verbales asociadas (como succión, masticación, deglución o respiración). Esta clasificación ha sido ampliamente utilizada en programas de intervención orofacial y neuromotora, sobre todo en población pediátrica y en abordajes multidisciplinarios que combinan la fonoaudiología con la terapia ocupacional o la kinesiología.

No obstante, Susanibar et al. (2016) advierten que esta categorización (aunque útil para organizar la intervención) corre el riesgo de sobregeneralizar la funcionalidad de estos movimientos y asumir que su entrenamiento contribuye directamente al desarrollo del habla, lo cual no cuenta con respaldo empírico suficiente. Si bien las estructuras utilizadas en los AMONV coinciden anatómicamente con las del habla, las demandas motoras, sensoriales, fonológicas y temporoespaciales que impone esta última son significativamente mayores y cualitativamente distintas.

Por ejemplo, el acto de soplar una vela y la producción del fonema /s/ pueden involucrar los labios, la lengua y la presión espiratoria, pero difieren notablemente en cuanto a la sincronización, la precisión articulatoria, el control de la presión subglótica, la vibración de pliegues vocales y la integración del componente fonológico. Desde un punto de vista neurofisiológico, el habla requiere una codificación lingüística previa, retroalimentación auditiva y propioceptiva constante y coordinación multimodal, mientras que los AMONV no involucran estos procesos complejos (Ziegler, 2003; Kent, 2015).

A su vez, investigaciones en neuroimagen funcional han demostrado que los movimientos orofaciales verbales y no verbales se procesan en redes cerebrales parcialmente diferentes, activando áreas específicas del hemisferio izquierdo para el habla, mientras que los movimientos no verbales muestran una representación más difusa y bilateral (Maas, 2016). Estos hallazgos desafían la hipótesis tradicional de que el entrenamiento repetitivo de AMONV puede facilitar directamente la producción de sonidos lingüísticos.

Desde una mirada clínica, esta diferenciación resulta crucial: incorporar AMONV como actividades centrales del tratamiento de los Trastornos de los Sonidos del

Habla (TSH), sin evidencia que respalde su eficacia específica en la mejora de la inteligibilidad o en la adquisición de fonemas, puede desviar el foco terapéutico. Como afirman Susanibar et al. (2016), la intervención debe orientarse hacia tareas que involucren directamente las demandas funcionales del habla y promuevan la generalización a contextos comunicativos reales.

En definitiva, si bien los AMONV pueden tener valor en la evaluación de la movilidad, tono o coordinación orofacial (especialmente en casos neuromotores o estructurales) no deben confundirse con prácticas efectivas para el tratamiento de TSH. Su uso debe estar justificado por objetivos clínicos precisos y no como rutinas terapéuticas generalizadas. Esta diferenciación es esencial para el diseño de intervenciones fonoaudiológicas basadas en evidencia y centradas en las verdaderas necesidades del paciente.

4.3 Revisión crítica del uso clínico de los Ejercicios Motores Orofaciales No Verbales (EMONV)

Durante décadas, los Ejercicios Motores Orofaciales No Verbales (EMONV) han sido empleados de forma extendida en la evaluación y el tratamiento de los trastornos del habla, particularmente en el abordaje de pacientes con alteraciones articulatorias, hipotonía, disartrias o apraxia infantil del habla. Susanibar, Dioses y Tordera (2016), mencionan que su inclusión en programas terapéuticos respondió a la idea intuitiva (aunque no científicamente sustentada) de que fortalecer las estructuras orofaciales mediante movimientos aislados y repetitivos podría mejorar las habilidades verbales.

Esta práctica se ha basado en una serie de supuestos clínicos: que la mejora de la movilidad, fuerza o coordinación de labios, lengua o mandíbula, aún en ausencia de habla, podría transferirse automáticamente a la articulación de fonemas; que ciertos sonidos requieren movimientos musculares previos no verbales; o que las dificultades fonéticas pueden resolverse con ejercicios “preparativos”. No obstante, un cuerpo creciente de evidencia empírica y revisiones sistemáticas ha desmentido estas premisas y ha cuestionado fuertemente la eficacia de los EMONV como herramienta terapéutica central.

En particular, Susanibar et al. (2016) analizan críticamente la ausencia de correlación entre los movimientos entrenados mediante EMONV y las mejoras en la inteligibilidad del habla. Subrayan que estos ejercicios no respetan principios fundamentales del aprendizaje motor, como el de especificidad de tarea, que establece que para lograr cambios funcionales reales en una habilidad determinada (en este caso, el habla), es necesario entrenar dicha habilidad de forma contextualizada y en condiciones similares a las del entorno natural de uso.

Este principio ha sido ampliamente validado en las ciencias del movimiento y la neurorehabilitación: los aprendizajes motores significativos requieren tareas específicas, retroalimentación sensorial relevante, objetivos funcionales claros y contexto ecológico. En consecuencia, el entrenamiento aislado de movimientos no verbales (como inflar globos, mover la lengua en círculos o sostener una pajilla con los labios) difícilmente puede traducirse en mejoras en la producción verbal, dado que omite los componentes fonológicos, prosódicos, cognitivos y lingüísticos que caracterizan a la comunicación oral (Kent, 2015; Maas, 2016).

Esta postura crítica ha sido respaldada por diversos estudios revisados por Ruscello (2008), McCauley et al. (2009) y Peter (2011), quienes coinciden en que no existen pruebas concluyentes que respalden el uso sistemático de los EMONV en el tratamiento de los trastornos fonológicos o articulatorios en niños. Incluso instituciones de referencia como la American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) han emitido posicionamientos en los que se señala la necesidad de abandonar su uso indiscriminado y reorientar la práctica clínica hacia intervenciones basadas en tareas verbales funcionales y contextos comunicativos reales.

El problema metodológico central en muchas intervenciones con EMONV radica en confundir la coincidencia anatómica entre ciertos movimientos (por ejemplo, elevar la lengua para tocar el paladar duro) con una equivalencia funcional. Sin embargo, múltiples estudios neurofisiológicos y biomecánicos han mostrado que, aunque se activen estructuras similares, la coordinación, precisión temporal, integración sensorial y demanda cognitiva del habla transforman radicalmente su ejecución (Ziegler, 2003; Maas, 2016). Es decir, el simple uso del aparato fonoarticulatorio no garantiza el aprendizaje del lenguaje oral.

Por otra parte, el uso reiterado de EMONV puede generar efectos no deseados: desmotivación en el paciente, pérdida de tiempo clínico valioso, frustración en la familia y desvío del foco terapéutico hacia actividades con escasa transferencia funcional. Esto es especialmente crítico en poblaciones infantiles, donde los periodos sensibles del desarrollo lingüístico requieren una intervención dirigida a la estimulación comunicativa y no a la ejercitación mecánica (Susanibar et al., 2016b).

En este sentido, la revalorización crítica de las prácticas clínicas tradicionales, a la luz de la evidencia científica contemporánea, resulta indispensable. Implica revisar los modelos formativos, actualizar los protocolos de evaluación e intervención, y fortalecer el rol del fonoaudiólogo como profesional comprometido con una práctica clínica fundamentada, eficaz y centrada en las necesidades reales del paciente.

En síntesis, el uso de EMONV en la intervención de los Trastornos de los Sonidos del Habla debe ser cuidadosamente cuestionado. Su empleo sólo debería considerarse cuando exista una indicación clínica clara y un objetivo funcional definido por ejemplo, en alteraciones estructurales, disfunciones oromotoras severas o en contextos neurológicos específicos; y nunca como recurso terapéutico central en el tratamiento de las alteraciones fonéticas o fonológicas de origen funcional. Solo así será posible avanzar hacia una fonoaudiología más crítica, ética y basada en evidencia.

4.4 Consideraciones éticas en la aplicación de protocolos diagnósticos en población infantil

La evaluación de los trastornos de los sonidos del habla en la infancia conlleva no sólo exigencias clínicas y técnicas, sino también profundas implicancias éticas. Esto se vuelve especialmente relevante cuando se utilizan instrumentos estructurados como el Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica - Revisado (PEFF-R), ya que su aplicación compromete no solo aspectos diagnósticos, sino también decisiones que afectan directamente la experiencia del niño evaluado.

Uno de los principios éticos fundamentales en toda práctica clínica es el de **beneficencia**. Este principio impone al profesional la obligación de actuar en favor del bienestar del paciente, lo que, en el contexto diagnóstico, significa seleccionar instrumentos validados, confiables y clínicamente pertinentes. Susanibar y

colaboradores (2016) advierten que la evaluación debe ser vista como un acto clínico integral, que no puede desvincularse de su propósito terapéutico posterior. Evaluar por rutina, sin una finalidad clara o utilizando protocolos sin respaldo empírico, atenta contra este principio. La aplicación del PEFF-R, por tanto, debe enmarcarse en una lógica de beneficio real, donde la información obtenida impacte directamente en la planificación de una intervención ajustada a las necesidades del niño.

La **autonomía** es otro principio clave. Aunque en la infancia esta no se ejerce de forma plena, es deber del profesional promoverla mediante el consentimiento informado de los adultos responsables, y el asentimiento del niño. Ruscello (2008) insiste en que explicar de forma clara, comprensible y respetuosa los pasos de la evaluación fortalece la colaboración activa del menor, reduce el estrés y genera un ambiente de mayor confianza. El niño tiene derecho a ser escuchado y a que su malestar o incomodidad sean tenidos en cuenta, aún cuando no pueda otorgar legalmente su consentimiento. Este aspecto, muchas veces subestimado en la práctica clínica, se vuelve esencial para una evaluación respetuosa y centrada en el sujeto.

El principio de **justicia** implica garantizar igualdad de oportunidades en el acceso y aplicación de protocolos como el PEFF-R. Esto requiere que el profesional esté dispuesto a realizar adaptaciones razonables para contextos de diversidad lingüística, presencia de discapacidad, limitaciones socioculturales o barreras comunicativas. Como señalan McCauley et al. (2009), los protocolos estandarizados no siempre contemplan la heterogeneidad de las infancias, por lo que su aplicación acrítica puede perpetuar desigualdades o conducir a interpretaciones sesgadas. Evaluar con equidad no es aplicar exactamente lo mismo a todos, sino asegurar que cada niño sea comprendido y valorado en función de su realidad particular.

Por otro lado, el principio de **no maleficencia** obliga al profesional a evitar todo daño potencial derivado del proceso evaluativo. Esto incluye no solo aspectos físicos, como fatiga o malestar, sino también daños emocionales como la frustración, la exposición a tareas que excedan sus capacidades, o la vivencia de fracaso reiterado. Shriberg (2000) advierte que una evaluación mal diseñada o

insensible puede afectar negativamente la autoestima del niño y su disposición futura al tratamiento. En este sentido, aplicar el PEFF-R exige no solo competencia técnica, sino también una actitud empática, contenedora y cuidadosa.

Adicionalmente, debe contemplarse el manejo ético de la información obtenida. El contenido de las evaluaciones debe ser tratado con estricta confidencialidad, compartido únicamente con los adultos responsables y los equipos clínicos involucrados, y siempre en función del beneficio del niño. La elaboración de informes debe evitar juicios peyorativos, terminología técnica innecesaria o conclusiones apresuradas que puedan ser malinterpretadas por las familias o por otros profesionales del ámbito educativo o sanitario.

Finalmente, Susanibar (2016) resalta que evaluar es también un acto de escucha. No se trata simplemente de aplicar una batería de pruebas, sino de construir una instancia dialógica en la que el niño se sienta valorado, respetado y acompañado. Una evaluación verdaderamente ética es aquella que, además de generar datos, cuida al sujeto evaluado, lo protege y le ofrece una experiencia positiva dentro del proceso de atención fonoaudiológica.

Aplicar protocolos diagnósticos en población infantil, como el PEFF-R, no puede entenderse únicamente desde un enfoque técnico. Es necesario asumir una mirada ética integral, que contemple los derechos, emociones y trayectorias de cada niño. Sólo así la evaluación se convierte en una herramienta genuina de cuidado, intervención y transformación.

4.5 Análisis crítico del PEFF-R: aplicación, limitaciones, desafíos y proyecciones

El Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica – Revisado (PEFF-R) constituye una herramienta clínica ampliamente utilizada para valorar la producción de los sonidos del habla en niños con posibles trastornos fonéticos, fonológicos o mixtos. Diseñado por Susanibar et al. (2016), este instrumento se sustenta en una perspectiva integradora que contempla no sólo la clasificación de los errores, sino también el análisis funcional de los mismos en el contexto del sistema fonológico infantil. No obstante, su utilización requiere una reflexión crítica acerca de sus alcances, limitaciones y proyecciones futuras.

4.5.1 Aplicación del PEFF-R

El PEFF-R se aplica en una sesión de evaluación clínica estructurada, que combina tareas de repetición inducida de palabras y pseudopalabras, junto con la observación del habla espontánea del niño. El protocolo está diseñado para evaluar de manera sistemática los fonemas del español, en diferentes posiciones silábicas y contextos fonológicos. Incluye un registro detallado de los aciertos, errores, procesos fonológicos observados y características fonéticas relevantes.

Durante su aplicación, el profesional presenta al niño una serie de láminas ilustradas y solicita la denominación o repetición de las palabras correspondientes. En paralelo, se realiza un registro fonético-perceptual de la producción del niño, anotando omisiones, sustituciones, distorsiones o adiciones, así como otros fenómenos suprasegmentales. El protocolo también ofrece una grilla de análisis que permite sistematizar la información recogida y clasificar los errores según su naturaleza (fonética, fonológica o mixta).

Es fundamental que la aplicación del PEFF-R se realice en un entorno favorable, que minimice la ansiedad del niño y favorezca su participación espontánea. El profesional debe adaptarse al ritmo y nivel atencional del evaluado, ofreciendo indicaciones claras, reforzamiento positivo y pausas cuando sea necesario. La calidad de la muestra obtenida dependerá, en gran medida, de la habilidad del clínico para generar un clima de confianza y cooperación durante la sesión (Susanibar et al., 2016).

4.5.2 Limitaciones y desafíos del PEFF-R

Una de las principales limitaciones del PEFF-R, como todo protocolo estructurado, es el riesgo de ser aplicado de manera rígida o mecánica. Cuando el profesional se enfoca exclusivamente en completar la grilla o en obtener un perfil numérico, puede descuidar aspectos cualitativos fundamentales como la dinámica comunicativa del niño, su estilo interactivo, o el modo en que se enfrenta a la tarea (Susanibar et al., 2016). Una evaluación meramente técnica, desvinculada del contexto, corre el riesgo de invisibilizar la singularidad del paciente y de conducir a conclusiones reduccionistas.

Otro aspecto a considerar es la variación lingüística. Aunque el PEFF-R fue diseñado para evaluar el español, su contenido léxico y fonémico está basado principalmente en el español estándar latinoamericano. Esto implica que ciertos estímulos pueden no ser familiares o fonológicamente relevantes para niños hablantes de variantes regionales como el español rioplatense, andino, caribeño o mexicano. Adaptar el protocolo a estas realidades es un desafío, que requiere investigaciones que validen su uso en distintos contextos dialectales.

Asimismo, el PEFF-R exige del profesional una sólida formación técnica para realizar un correcto registro, análisis e interpretación de los errores. No basta con completar la grilla: se requiere conocimiento fonético-fonológico profundo, experiencia clínica y capacidad de integrar los datos obtenidos con la información proveniente de otras fuentes (observación, entrevista familiar, historia clínica, etc.). Un uso inapropiado del protocolo puede derivar en diagnósticos erróneos y en intervenciones mal orientadas (Gierut, 1998; Ruscello, 2008).

Otro desafío es la necesidad de integrar el PEFF-R en una batería diagnóstica más amplia. Como señalan Baker y McLeod (2011), ningún protocolo puede capturar por sí solo la complejidad de los Trastornos de los Sonidos del Habla. El PEFF-R debe complementarse con análisis del habla espontánea, evaluación auditiva y otros instrumentos que permitan comprender al niño en su totalidad. Esto es particularmente importante en casos de comorbilidad o cuando los síntomas no se ajustan a patrones típicos.

4.5.3 Proyecciones clínicas y académicas

En cuanto a sus proyecciones, el PEFF-R representa una base sólida para el desarrollo de nuevas herramientas clínicas en español. Recientemente el test se ha logrado digitalizar, facilitando el registro automático de datos, el análisis estadístico de los resultados y la elaboración de informes.

Además, su incorporación en la formación de grado y posgrado de fonoaudiólogos/as permitiría homogeneizar criterios diagnósticos, fomentar la práctica basada en evidencia y promover una cultura de evaluación sistemática. Para ello, es fundamental que las instituciones formadoras cuenten con recursos

actualizados, espacios de supervisión clínica y docentes con experiencia en su aplicación.

En resumen, el PEFF-R es una herramienta diagnóstica robusta y pertinente, pero su eficacia no radica únicamente en su estructura técnica, sino en el modo en que es aplicado, interpretado y articulado dentro del proceso clínico. Su uso debe ser ético, contextualizado y orientado al bienestar integral del niño evaluado. Solo así podrá cumplir con su verdadero propósito; ofrecer una base sólida para una intervención fonoaudiológica efectiva y transformadora.

CONCLUSIÓN

En el presente ensayo se ha explorado con profundidad el universo complejo de los trastornos de los sonidos del habla (TSH), con el propósito de aportar una mirada integradora que combine fundamentos teóricos, herramientas diagnósticas y posicionamientos clínicos actualizados. Los objetivos planteados al inicio fueron abordados de manera sistemática, se investigaron las características generales de los TSH, se discutieron sus etiologías y sintomatología, se reflexionó sobre el desarrollo fonético-fonológico esperado en la niñez, se analizó el Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica – Revisado (PEFF-R), y se deliberó sobre la importancia del reconocimiento sintomático para una intervención fonoaudiológica efectiva.

En primer lugar, la investigación sobre los TSH permitió identificar la multiplicidad de factores que intervienen en su aparición y manifestación. Esta diversidad etiológica incluye componentes neurológicos, perceptivos, motores, cognitivos y socioemocionales, que interactúan de manera dinámica en cada paciente. Por ello, comprender los TSH no puede limitarse a una categorización mecánica; requiere de una lectura clínica sensible que contemple la singularidad y el contexto de cada sujeto.

En éste marco, se discutieron los signos y síntomas que caracterizan a los TSH, subrayando la importancia de reconocer no sólo los errores articulatorios evidentes, sino también aquellas señales sutiles que pueden anticipar una dificultad más profunda en el desarrollo fonético-fonológico. Esta mirada detallada permite definir el proceso diagnóstico y evita caer en simplificaciones en pro del abordaje terapéutico.

Además, se reflexionó sobre el desarrollo fonético y fonológico esperado en la niñez como un parámetro fundamental para el diagnóstico. La adquisición del sistema sonoro del lenguaje sigue un orden que, aunque general, presenta variaciones individuales importantes. Conocer éste desarrollo típico ofrece una guía valiosa, pero no debe constituirse en un modelo rígido frente al cual se mida a cada niño, sino más bien en una referencia orientadora que conviva con la valoración personalizada de cada caso.

En relación al análisis del Protocolo de Evaluación Fonética-Fonológica – Revisado (PEFF-R), se evidenció su utilidad como herramienta estandarizada que ofrece criterios precisos para identificar y categorizar los TSH. No obstante, también se reconoció que todo instrumento diagnóstico debe ser aplicado con flexibilidad y criterio clínico, reconociendo que ningún protocolo puede reemplazar la mirada integral y humanizada del profesional que escucha, observa y construye hipótesis en diálogo con el paciente.

En este punto, es importante destacar que el PEFF-R fue desarrollado en Perú, lo cual constituye un dato significativo al considerar su aplicación en el contexto argentino. Si bien sus fundamentos son sólidos y ampliamente reconocidos en la región, su diseño responde a realidades lingüísticas, culturales y educativas propias del país de origen. Por ello, como profesional formada en Argentina, considero fundamental adaptar su uso a nuestras particularidades locales, interpretando sus resultados con sentido crítico y ajustando sus indicadores a las variantes del español rioplatense y al sistema fonológico que predomina en nuestra población infantil.

Este ejercicio de contextualización no busca invalidar el valor del protocolo, sino enriquecer su aplicación desde una mirada situada, que contemple las diferencias

sociolingüísticas entre países latinoamericanos. En definitiva, todo instrumento cobra verdadero sentido cuando se vincula con la realidad concreta del paciente y del profesional que lo utiliza, reafirmando así la necesidad de una praxis clínico-investigativa abierta, reflexiva y comprometida con el entorno en el que se ejerce.

En este sentido, resulta esencial reafirmar la relevancia de un reconocimiento sintomático adecuado y profundo como base para una intervención fonoaudiológica efectiva. Coincido plenamente con la postura de Susanibar en cuanto a la necesidad de considerar la individualidad de cada paciente y su expresión sintomática particular. Tal como sostiene el autor, el tratamiento de los TSH no puede ser abordado desde recetas universales; por el contrario, exige una actitud clínica que ponga en valor lo singular, lo subjetivo y lo contextual.

Desde esta perspectiva, el título de este ensayo “La importancia del reconocimiento sintomático de los trastornos de los sonidos del habla para el profesional fonoaudiólogo/a” fue seleccionado precisamente para resaltar el eje central de esta reflexión. La intención fue subrayar que el diagnóstico sintomático no sólo es una etapa fundamental del proceso clínico, sino también una actitud ética que posiciona al paciente como un sujeto activo, complejo y digno de una escucha atenta.

Esta postura implica también una mirada crítica hacia ciertas prácticas profesionalizantes que tienden a estandarizar intervenciones sin atender a las particularidades de cada niño, cada voz, cada contexto. Reconocer la sintomatología desde una perspectiva personalizada permite construir propuestas terapéuticas más efectivas, respetuosas y empáticas, que promuevan verdaderos procesos de transformación comunicativa.

En síntesis, el recorrido realizado en este ensayo busca contribuir a una formación profesional que no se agote en la acumulación de saberes técnicos, sino que se fortalezca en la capacidad de observar con sensibilidad, interpretar con criterio y actuar con compromiso clínico. El reconocimiento sintomático, lejos de ser una tarea meramente técnica, constituye una práctica profundamente humana que interpela al fonoaudiólogo/a en su rol de facilitador del derecho a la comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Alcaraz, E. V., & Martínez, M. L. (1997). *Diccionario de lingüística moderna*. Ariel.
- Baker, E., & McLeod, S. (2011). Evidence-based practice for children with speech sound disorders: Part 1. Narrative review. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools, 42*(2), 102–139.
- Bosch, L. (2004). *Evaluación fonológica del habla infantil*. Masson.
- Bowen, C. (2015). *Children's speech sound disorders* (2nd ed.). Wiley Blackwell.
- Boysson-Bardies, B. (1999). *How language comes to children*. MIT Press.
- Española, Madrid Real Academia. (2011). *Nueva gramática de la lengua española. Fonética y fonología*. Espasa Libros.
- Fernández, A. M. (2005). *Así se habla. Nociones fundamentales de fonética general y española: apuntes de catalán, gallego y euskara*. Horsori.
- Gierut, J. A. (1998). Treatment efficacy and phonological disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research, 41*(1), S85–S100.
- Grunwell, P. (1985). *Phonological assessment of child speech (PACS)*. NFER.
- Grunwell, P. (1987). *Clinical phonology*. Croom Helm.
- Ingram, D. (1983). *Trastornos fonológicos en el niño*. Médica y Técnica.
- Ingram, D. (1989). *First language acquisition: Method, description and explanation*. Cambridge University Press.
- International Phonetic Association. (2015). *International Phonetic Alphabet*. <https://www.internationalphoneticalphabet.org/>
- Jakobson, R. (1969). *Lenguaje infantil y afasia*. Editorial Ayuso.

- Jusczyk, P. W., Cutler, A., & Redanz, N. (1993). Preference for the predominant stress patterns of English words. *Child Development*, 64(3), 675–678.
- Kent, R. D. (2015). Research on speech motor control and its disorders: A review and prospective. *Journal of Communication Disorders*, 57, 29–48.
- Maas, E. (2016). Speech motor control and learning in treatment of motor speech disorders. In N. Miller & A. Lowit (Eds.), *Motor speech disorders: A cross-language perspective* (pp. 15–40). Multilingual Matters.
- McCauley, R. J., Strand, E. A., Lof, G. L., Schooling, T., & Frymark, T. (2009). Evidence-based systematic review: Effects of nonspeech oral motor exercises on speech. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18(4), 343–360.
- Oller, D. K. (1980). The emergence of sounds of speech in infancy. In G. Yenikomshian, J. F. Kavanagh, & C. A. Ferguson (Eds.), *Child phonology* (Vol. 1, Production). Academic Press.
- Pereira, M. M. B., Van Borsel, J. H., & Ferrante, C. (2012). Análise fonética e fonológica dos transtornos dos sons da fala. *Revinter*.
- Peter, B. (2011). Exploring the basis for oral motor exercises used in speech therapy. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(6), 434–441.
- Real Academia Española. (2011). *Nueva gramática de la lengua española. Fonética y fonología* (Vol. 3). Espasa Libros.
- Ruscello, D. M. (2008). *Childhood speech disorders: Foundations of clinical practice* (3rd ed.). Pearson.
- Ruscello, D. M. (2008). *Treating articulation and phonological disorders in children*. Elsevier Health Sciences.
- Saussure, F. de. (1945). *Curso de lingüística general*. Lozada.
- Shriberg, L. D. (2000). The speech disorders classification system (SDCS): Extensions and lifespan reference data. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(3), 686–700.
- Susanibar, F. (2016). *Trastornos del habla en la infancia: Enfoques clínicos y terapéuticos*. Editorial Médica Panamericana.
- Susanibar, F., Cáceres, N., & Bravo, C. (2016). *Los procesos fonológicos: Un enfoque práctico para el tratamiento de los trastornos del habla*. Trillas.

- Susanibar, F., & Parra, D. (2011). *Diccionario terminológico de motricidad orofacial*. EOS.
- Susanibar, F., Dioses, A., & Huamaní, O. (2013). Fundamentos para la evaluación de las alteraciones del habla de origen fonético-fonológico. En F. Susanibar, D. Parra, & A. Dioses (Coords.), *Motricidad orofacial: Fundamentos basados en evidencias*. EOS.
- Susanibar, F., Dioses, A., & Huamaní, O. (2016). Fundamentos para la evaluación de las alteraciones del habla de origen fonético-fonológico. En F. Susanibar, D. Parra, & A. Dioses (Coords.), *Motricidad orofacial: Fundamentos basados en evidencias* (pp. xx–xx). EOS.
- Susanibar, F., Dioses, K., & Monzón, M. (2016a). El habla y otros actos motores orofaciales no verbales: Revisión parte I. En F. Susanibar (Ed.), *Trastornos del habla en la infancia: Enfoques clínicos y terapéuticos* (pp. 17–37). Editorial Médica Panamericana.
- Susanibar, F., Dioses, K., & Monzón, M. (2016b). El habla y otros actos motores orofaciales no verbales: Revisión parte II. En F. Susanibar (Ed.), *Trastornos del habla en la infancia: Enfoques clínicos y terapéuticos* (pp. 39–55). Editorial Médica Panamericana.
- Susanibar, F., Dioses, K., & Tordera, J. C. (2016). *Trastornos del habla en la infancia: Enfoques clínicos y terapéuticos*. Editorial Médica Panamericana.
- Tordera Yllescas, J. C. (s.f.). La lingüística clínica a la vista de la fonética: adquisición y pérdidas fonéticas. En *Perspectivas actuales en el análisis fónico del habla* (Anexo 5 de Normas). Valencia: PUV.
- Vihman, M. M. (1996). *Phonological development: The origins of language in the child*. Blackwell Publishers.
- Vivar, P., & León, H. (2009). Desarrollo fonológico-fonético en un grupo de niños entre 3 y 5, 11 años. *Revista CEFAC*, 11(2), 190–198.
- Walsh, B. (1974). Articulatory phonology: Clinical applications. In T. J. Hixon (Ed.), *Speech and language* (Vol. 1, pp. 95–120). Raven Press.
- Yavas, M., Hernandorena, C. M., & Lamprecht, R. R. (2001). *Avaliação fonológica da criança: reeducação e terapia*. Artmed.