

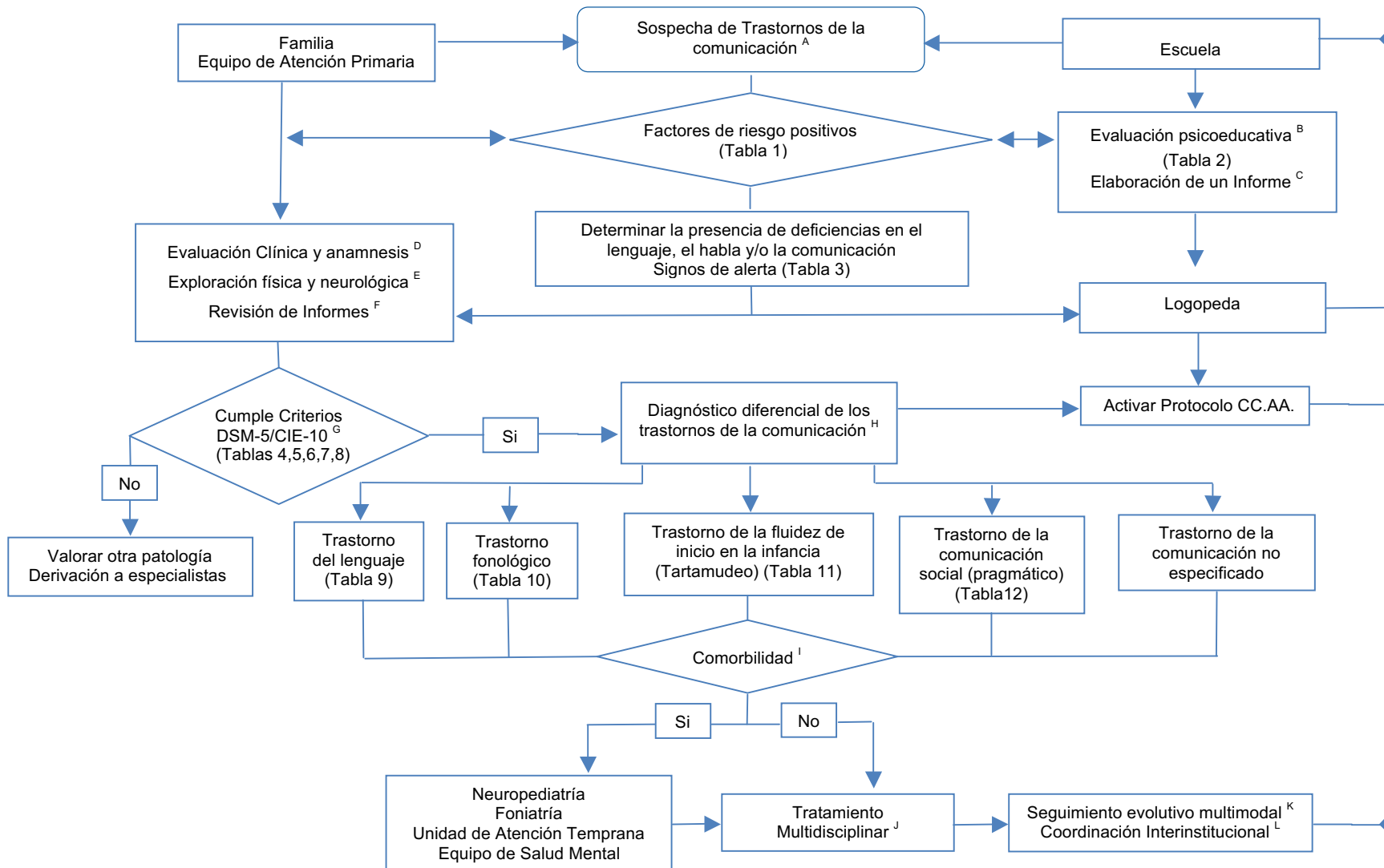
JOSÉ MIGUEL GARCÍA CRUZ

Pediatra. Centro de salud San Martín. Vitoria (Álava)
Coordinador Grupo TDAH y Desarrollo Psicoeducativo AEPap
josemiguel.garciacruz@osakidetza.eus

JOSÉ JAVIER GONZÁLEZ LAJAS

Psicopedagogo y Maestro de Educación Especial.
Director del Centro de Neuropsicopedagogía Clínica y Educativa PSICOTDAH de Salamanca y Cáceres.
gonzalezlajas@psicotdah.com

Cómo citar este artículo: García Cruz JM, González Lajas JJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastornos del lenguaje y de la comunicación. AEPap. 2018 (en línea) consultado el dd/mm/aaaa. Disponible en algoritmos.aepap.org



La **Comunicación humana** es el intercambio de ideas, emociones y experiencias entre dos o más interlocutores que usan un código común. El lenguaje es uno de los rasgos más característicos de la especie humana, ya que nos permite la comunicación intercambiando información y reforzando los compromisos sociales. Además, el lenguaje posibilita la representación de la realidad, interaccionando con el entorno. Los *Trastornos de la comunicación* comprenden las alteraciones del lenguaje, el habla y la comunicación que no pueden atribuirse a un déficit auditivo o sensorial, disfunción motora, u otras afecciones médicas o neurológicas, discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo. En el DSM-5 ⁽¹⁾ se incluyen dentro de los trastornos del neurodesarrollo para facilitar las decisiones diagnósticas pues se consideran reflejo de procesos del desarrollo en las fases iniciales de la vida.

El lenguaje es un proceso complejo que depende de infinidad de factores para su correcto funcionamiento. Engloba tres dimensiones: la forma, el contenido y el uso de las funciones comunicativas. La forma se refiere tanto a la fonología (capacidad articulatoria y adquisición a nivel auditivo del sistema de sonidos) como a la sintaxis (organización de las frases, del discurso y los elementos gramaticales). En cambio, el contenido hace referencia al léxico (palabras) y al significado de la frase y del discurso. El uso de las funciones comunicativas, se relaciona directamente con la competencia conversacional, la capacidad de adaptar el lenguaje al contexto y el lenguaje no verbal entre otros. Además, en todas las dimensiones coexisten e intervienen los procesos de comprensión y expresión. El conjunto de reglas y formas de uso del lenguaje es el nivel pragmático del lenguaje. El desarrollo del lenguaje, aunque ligado íntimamente al desarrollo intelectual, es universal e independientemente de su inteligencia, nivel social y cultura, los niños son capaces de hablar una lengua.

El habla es la producción expresiva de sonidos (capacidad de producir lenguaje oral) e incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia de un individuo. En sí misma, involucra también a los órganos bucofonatorios y a los circuitos cerebrales necesarios para su correcto funcionamiento. Básicamente el desarrollo del lenguaje ⁽²⁾ incluye una etapa preverbal, desde el nacimiento a los doce meses, y una etapa verbal, en la que se adquiere el léxico, la morfosintaxis, la fonología y fonética y también la pragmática (reglas de uso del lenguaje)

La comunicación es el proceso mediante el cual transmitimos información y alude a todo comportamiento verbal o no verbal sea intencional o no que influye en el comportamiento, las ideas o actitudes de otro individuo. Existen numerosas maneras de comunicarse pero el ser humano se rige principalmente por un código o sistema convencional de símbolos con reglas para la comunicación, al que denominamos “lenguaje”. En poco tiempo el bebé evoluciona de

emitir llantos y gruñidos a expresar sus deseos y comprender el código hablado de su entorno social ⁽³⁾. En el proceso de adquisición del lenguaje intervienen la percepción, atención, memoria y el pensamiento. Se ha descrito un “órgano del lenguaje”, que se expresa por

la actividad coordinada de circuitos neuronales de determinadas áreas cerebrales, así como un gen del lenguaje: el gen FoxP2 ⁽⁴⁾. Este gen aparece en el subcortex cerebral (cerca del cuerpo caloso), núcleos basales, tálamo y cerebelo y su misión es la de conceptualizar, haciendo posible que entendamos y hablemos cualquier lengua ⁽⁵⁾.

Para que el lenguaje oral aparezca y se desarrolle es necesario que haya estructuras neurológicas en el hemisferio izquierdo, capacidades cognitivas de simbolización, estimulación afectiva y social, competencia para interactuar y capacidad de recibir y reproducir sonidos ⁽⁶⁾

A nivel epidemiológico, los estudios muestran una prevalencia imprecisa según la edad del niño y los criterios diagnósticos que se utilicen. Una revisión ⁽⁷⁾ refiere cifras de un 6% para retrasos del habla y lenguaje, entre un 2 y un 19% de retrasos del lenguaje, entre un 2,3 y 24,6% de retrasos de habla y entre un 0,6 y el 7,4% de trastorno específico del lenguaje. En población escolar sin signos de trastornos neurológicos ni genéticos, la prevalencia de trastornos del lenguaje se sitúa en torno al 2-3% y la de los trastornos del habla alrededor del 3-6%⁽³⁾. En cambio, la prevalencia en edad preescolar se estima que es superior al 15%⁽⁴⁾. En lo que se refiere al género, tal y como sucede en la mayoría de los trastornos del neurodesarrollo, son más frecuentes en el masculino con ratios que varían entre 1,3:1 y 2:1.

A. La sospecha de los Trastornos de la comunicación se hace en la escuela, familia y equipos de Atención Primaria y los Factores de riesgo positivos, en ausencia de otras patologías neurológicas o trastornos del desarrollo, muestran una correlación combinada de factores genéticos, anatómicos, fisiológicos y ambientales. La base genética, siempre controvertida, es el componente más complejo y característico según evidencian diversos estudios, tras constatar que suele afectar a varios miembros de una misma familia en distintos grados ⁽⁸⁾. Otros factores de riesgo son el orden de nacimiento, la prematuridad de menos de 32 semanas o un peso inferior a 1500 gramos al nacer. Por otra parte, el nivel socioeconómico⁽⁸⁾ parece tener mayor transcendencia sobre la persistencia del trastorno que sobre el riesgo en sí de padecerlo. (Tabla 1).

B. La evaluación psicoeducativa de los trastornos de la comunicación se plantea tras haberse detectado una situación que no ha podido resolverse mediante recursos ordinarios o cuando se requiere una opinión técnica para tomar decisiones. Debe tener un carácter preventivo y correctivo y estar orientada hacia la identificación precoz de posibles alteraciones del habla y/o del lenguaje ya que desde una perspectiva evolutiva el desarrollo del lenguaje se inicia a partir del nacimiento del niño y suele consolidarse en torno a los 5-6 años ⁽⁹⁾, aunque sigue desarrollándose a lo largo de la infancia y la adolescencia. El objetivo de la evaluación será tratar de determinar qué procesos tiene alterados o deteriorados un alumno, y qué componentes de esos procesos tiene afectados, cuál es el alcance real de su disfuncionalidad y si existe variación alguna con respecto a la norma para su grupo de referencia o nivel académico. También es fundamental especificar los procesos que funcionan correctamente ⁽¹⁰⁾.

Debe comprender una exploración integral de los múltiples componentes interactivos que influyen en la competencia oral y escrita del lenguaje, y su conexión directa con el aprendizaje y rendimiento académico tanto en el contexto escolar como familiar y social. Se deben de evaluar las aptitudes intelectuales, el cociente intelectual, los procesos cognitivos, las capacidades lingüísticas y de comunicación, las variables neuropsicológicas, las variables afectivo-motivacionales, las destrezas psicomotrices y las habilidades sociales y/o de adaptación ⁽¹¹⁾. Además, dicha evaluación psicoeducativa debe proporcionar información relevante para determinar las necesidades educativas específicas y concretar las decisiones curriculares, organizativas y de coordinación, así como el tipo de medidas de apoyo o refuerzo que los alumnos con trastornos de la comunicación pudieran precisar, con el fin de ofrecerles una respuesta eficaz y progresar favorablemente en el desarrollo integral de sus capacidades lingüísticas y competencias académicas.

La *anamnesis* en el ámbito educativo ⁽²⁾ debe incluir el motivo de consulta, los antecedentes personales y familiares, los datos del desarrollo evolutivo en los diferentes contextos, la historia escolar y familiar, y las características particulares o condiciones específicas. Asimismo se

deben concretar las manifestaciones previas y actuales a nivel de problemas del habla y/o del lenguaje que influyen sobre el aprendizaje y el rendimiento académico, tratando de especificar los dominios en los que muestra dichos desajustes o limitaciones.

Esta valoración debe permitir diferenciar las dificultades transitorias que pueden presentar algunos niños al inicio de la etapa infantil escolar de aquellas que manifiestan los alumnos con trastornos de la comunicación y que suelen ser más consistentes, ya que generan una repercusión funcional negativa en el progreso y competencias del niño durante toda la escolaridad.

Para llevar a cabo la valoración inicialmente debemos examinar cualitativamente muestras de lenguaje espontáneo y provocado a través de actividades semiestructuradas y utilizar los **instrumentos estandarizados adecuados** (Tabla 2) teniendo en cuenta el interés del sujeto a evaluar y prestando especial atención a las características métricas de la prueba, su fiabilidad, validez y estandarización de medida y baremos. Asimismo, es conveniente introducir una breve explicación de los instrumentos que se utilizan junto con una interpretación congruente de los resultados obtenidos porque en numerosas ocasiones acceden a los informes otros profesionales del ámbito clínico, educativo, asistencial o judicial que pueden desconocer dichos instrumentos.

- C. El Informe Escolar** ⁽¹⁰⁾ es un documento de naturaleza administrativa, que tiene un carácter técnico e informativo y sirve para comunicar los resultados de la valoración psicoeducativa. Su objetivo es concretar las necesidades específicas de un alumno, el tipo de ayuda que precisa y las líneas generales de intervención y seguimiento. Su finalidad es garantizar una respuesta educativa integral e individualizada basada en la evidencia. Es también un documento muy válido para la evaluación clínica y hay que valorar por edades los signos de Alerta por edades (Tabla 3).
- D. La Evaluación Clínica y Anamnesis** por parte del pediatra de atención primaria, ha de incluir una **exploración general** de todos los órganos y sistemas relacionados con el habla y el lenguaje prestando especial atención al fenotipo, somatometría, otoscopia y discromías cutáneas.
- E.** Además, es importante un **Examen Neurológico sistemático** adaptado al nivel madurativo del paciente ⁽¹¹⁾. Para el diagnóstico de los trastornos de la comunicación no existen marcadores biológicos conocidos siendo necesario realizar una evaluación integral.

- F.** La **Revisión de Informes** conlleva una anamnesis adecuada que debe reflejar el motivo de consulta y elaborar una historia clínica que incluya tanto los datos del entorno sociocultural como escolar, haciendo hincapié principalmente en los siguientes aspectos: embarazo, parto y periodo neonatal (prestando especial atención a los pre términos, hitos madurativos motores y de lenguaje, socialización, trastornos de conducta, déficit atencional, motricidad gruesa y fina. Hay que reseñar también los antecedentes clínicos, familiares, educativos y del desarrollo, patologías previas, cambios de conducta y/o pérdida de habilidades previamente adquiridas, tics, convulsiones y/o cefaleas.

Es recomendable realizar también un **Estudio neuropsicológico** con el propósito de recopilar la información necesaria que determine cuáles son los aspectos del lenguaje y/o del habla que pueden estar afectados y conocer en qué momento de desarrollo cognitivo se encuentra el paciente, establecer su perfil de puntos fuertes y débiles, e interpretar qué factores o variables pueden estar incidiendo de manera positiva o negativa en el funcionamiento de éste, tratando de dilucidar una posible entidad diagnóstica.

La valoración e interpretación de los datos obtenidos ⁽¹²⁾ nos indicará si es necesario llevar a cabo estudios médicos complementarios o derivar a otros especialistas. Este proceso debe ser efectuado, en la medida de lo posible, por profesionales cualificados para diseñar un plan de intervención lo más ajustado posible al cuadro clínico del paciente y al contexto natural donde esté inmerso. En el caso de que no hubiera datos sugerentes de patología subyacente, se recomienda observar la evolución durante al menos 6 meses proporcionándole el pertinente apoyo psicopedagógico y logopédico para decidir si tras dicho periodo se procede o no la realización de otros exámenes complementarios.

La primera consulta de alarma en nuestro país de un posible trastorno de la comunicación suele ser habitualmente que “el niño no habla” o “habla palabras sueltas”, y muy raramente que “no entiende” o “no atiende a lo que se le dice”. Esta consulta habitualmente se produce entre los dos y dos años y medio. Es por ello muy importante que las revisiones del Programa de Salud Infantil (PSI), mal llamado “Programa de niño sano”, se realicen siempre de forma escrupulosa y reglada por los pediatras de Atención Primaria, que son los agentes primordiales dentro del ámbito sanitario para detectar estos problemas.

En la actualidad el pediatra tiene a su disposición un **Inventario de indicadores tempranos de los trastornos del desarrollo del lenguaje** ⁽¹³⁾ basado en la práctica clínica y con una funcionalidad de cribado, que puede servirle de ayuda para la detección temprana de estas dificultades o trastornos, con el objeto de poder abordar su intervención lo más tempranamente posible o derivar a una exploración más específica. El

inventario consta de tres apartados, el primero comprende los “Precedentes del lenguaje”, el segundo las “Escala de comprensión y producción del lenguaje” y el tercero abarca los “Síntomas de alarma” divididos en tres edades cronológicas (antes de los dos años, dos años y tres años) que orientarían al pediatra hacia una exploración más profunda.

G. Los Criterios diagnósticos del DSM-5⁽¹⁾ sirven como guía para identificar los síntomas más importantes que deberían examinarse para establecer un diagnóstico correcto y su utilización debe regirse siempre por el juicio clínico una vez efectuada la evaluación de dichos criterios. Los criterios a tener en cuenta para establecer el diagnóstico de las diferentes categorías diagnósticas de los trastornos de la comunicación según el DSM-5 se reflejan en las siguientes tablas:

- Tabla 4: Trastorno del lenguaje [315.32 (F80.2)].
- Tabla 5: Trastorno fonológico [315.39 (F80.0)].
- Tabla 6: Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) [315.35 (F80.81)].
- Tabla 7: Trastorno de la comunicación social (pragmático) [315.39 (F80.89)].
- Tabla 8: Trastorno de la comunicación no especificado [307.9 (F80.9)].

H. El Diagnóstico diferencial de los trastornos de la comunicación ⁽¹⁴⁾ es necesario tanto para ajustar el enfoque terapéutico del tratamiento como para elaborar un pronóstico y, por tanto, debe establecerse sobre la base de los síntomas de presentación para cada una de las categorías diagnósticas que engloban dichos trastornos. El pediatra debe determinar inicialmente qué trastornos son posibles ya que el diagnóstico exacto requiere una consideración metodológica. Para realizar el diagnóstico diferencial sería recomendable tener en cuenta las características específicas que diferencian cada una de las categorías diagnósticas de los trastornos de la comunicación tal y como recomienda el DSM-5 ⁽¹⁾:

- Tabla 9: Diagnóstico diferencial para el Trastorno del lenguaje.
- Tabla 10: Diagnóstico diferencial para el Trastorno fonológico.
- Tabla 11: Diagnóstico diferencial para el Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

- Tabla 12: Diagnóstico diferencial para el Trastorno de la comunicación social (pragmático).

- I. La Comorbilidad** en los trastornos de la comunicación raramente resulta como alteración aislada en el proceso de desarrollo evolutivo del niño., Debemos tener en cuenta que cuando aparecen simultáneamente o coexisten diversos trastornos comórbidos, puede verse alterado el significado de los mismos en relación con sus manifestaciones clínicas, sus correlatos y su respuesta al tratamiento, siendo necesaria una valoración clínica integral para atribuir esos deterioros a las dificultades propias de cada uno de los trastornos. Habitualmente, el trastorno del lenguaje suele estar frecuentemente asociado a otros trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno específico del aprendizaje, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno del espectro autista o el trastorno del desarrollo de la coordinación. En muchas ocasiones, además puede estar unido al trastorno de la comunicación social (pragmático). Debe tenerse en cuenta también que concurren a menudo antecedentes familiares de trastornos del habla o del lenguaje. En caso de comorbilidad relevante, es necesario la derivación a Neuropediatría o al Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil según criterio y contar con su colaboración para el proceso de abordaje y seguimiento ⁽¹⁵⁾.
- J. El Tratamiento** de los trastornos de la comunicación al igual que la evaluación y el diagnóstico, debe abordarse desde una perspectiva multidisciplinar siendo necesario que exista una alianza terapéutica permanente entre los diferentes profesionales implicados en la asistencia y la familia con el propósito de alcanzar objetivos comunes, reducir las dificultades específicas y favorecer el desarrollo integral del niño o adolescente ⁽¹⁵⁾. El tratamiento es primariamente **logopédico** y la intervención ha de ser multifuncional e iniciarse lo antes posible puesto que requiere un proceso de reeducación individualizado y específico. El objetivo principal del tratamiento debe ser por un lado ofrecer herramientas para comunicarse eficazmente a pesar de sus dificultades del lenguaje y por otro, trabajar sobre aquellos aspectos específicos que están más alterados teniendo en cuenta siempre los síntomas según el grado de desarrollo evolutivo del niño. También se debe valorar especialmente en los casos más graves y de larga duración, la relación coste/beneficio, puesto que en niños con dificultades importantes se pueden requerir múltiples tratamientos de carácter psicopedagógico, psicológico o fisioterapéutico.

Una intervención logopédica adecuada no solo supone mejorar la rehabilitación de los moduladores más directamente relacionados con el lenguaje en sí mismo, sino también su pronóstico en lo referente a aprendizajes, funciones cognitivas, relación social y comunicación. Y en este

sentido, desempeñará un papel relevante la aplicación de estrategias integradas en la vida cotidiana del niño tanto del entorno familiar como escolar basadas en la comprensión del problema, promoviendo la autonomía personal. No olvidar que los padres son los referentes lingüísticos, que hay que evitar el lenguaje infantilizado, y que el apoyo emocional y el uso correcto de las nuevas tecnologías son herramientas importantes.

El **tratamiento farmacológico** en principio no está indicado en los Trastornos de la comunicación a no ser que concurren con algún trastorno comórbido (p.ej. ansiedad) o un factor que contribuya al trastorno o haya surgido como reacción al mismo ⁽¹⁵⁾. Además, no hay indicación específica de ningún medicamento para tratar los trastornos de la comunicación.

- K. El Seguimiento evolutivo multimodal** debe realizarse de manera individualizada y sistemática al considerarse un proceso tan importante como la detección, el diagnóstico y el tratamiento ya que la falta de seguimiento aumenta el riesgo de manifestar disfuncionalidades en muchos otros ámbitos más allá del propio lenguaje. Desde un punto de vista neuropsicológico, sería recomendable volver a valorar al menor al menos una vez al año para determinar el nivel de progresos alcanzados, redefinir los objetivos si fuera preciso y establecer las líneas de intervención futura ⁽¹⁶⁾. A nivel clínico, igualmente son necesarias las revisiones periódicas según criterio facultativo con el objeto de mantener un estrecho seguimiento del paciente, tanto en lo que a su salud física se refiere como de su evolución a nivel de lenguaje, comunicación, relación social, funciones cognitivas y aprendizaje.
- L. La Coordinación interinstitucional** debe ser una condición necesaria para establecer sinergia y complementariedad entre los diferentes paraprofesionales y garantizar el apoyo asistencial a los niños y adolescentes que presentan trastornos de la comunicación. Especialmente, si tenemos en cuenta que tanto unos como otros tienen una entidad psicobiológica y social propias ⁽¹¹⁾, y que las instituciones en su conjunto deben ofrecer una respuesta individualizada que garantice su salud y desarrollo integral. Además, como su problemática implica a otros profesionales de diversos ámbitos o disciplinas como sanidad, educación o servicios sociales entre otros, es necesario que la intervención nunca se realice desde compartimentos cerrados, sino que la transferencia de información, el abordaje y el seguimiento circulen entre todos ellos eficientemente para lograr resultados óptimos ⁽¹⁴⁾

BIBLIOGRAFÍA

- (1) American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5).2014. 5ª Ed. Madrid: Editorial Panamericana.
- (2) Peñafiel M. Guía de pequeños para grandes.2001. Tomo I. El niño en desarrollo. Madrid: Ediciones Laberinto.
- (3) Aguado G. El desarrollo del lenguaje de cero a tres años. 2002.Madrid: CEPE
- (4) Benitez-Burraco A. FOXP2: del trastorno específico a la biología molecular del lenguaje. En *Neurol*.2005;40 (I)671-682
- (5) Schreiweisa C y cols. Humanized FoxP2 accelerates learning by enhancing transitions from declarative to procedural performance. *Proc Nat Acad Sci USA*. 2014; 30 (III):4253-8.
- (6) García Cruz JM, González Lajas JJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastorno específico del aprendizaje. AEPap. 2015 (en línea). Disponible en algoritmos.aepap.org
- (7) [Law J](#), [Boyle J](#), [Harris F](#), [Harkness A](#), [Nye C](#). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a systematic review of the literature. [Int J Lang Commun Disord](#). 2000 Apr-Jun;35(2):165-88.
- (8) Prathanee B, Thinkhamrop B y Dechongkit S. Factors associated with specific language impairment and later language development during early life. A literature review. *Clinical Pediatrics*. 2007;46, 22-29
- (9) Narbona J, Chevrie-Muller C. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos.2001. 2 ed. Barcelona: Masson.
- (10) Entender y atender. Guía para el profesorado.2012. Departamento de Educación. Gobierno de Navarra.
- (11) Ferrando Lucas MT. Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. En: *Manual de Neurología Infantil*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana, 2014: 354-361.
- (12) Narbona J. El lenguaje del niño y sus perturbaciones. In Fejerman N, Fernández-Alvarez E, eds. *Neurología pediátrica*. 2 ed. Buenos Aires: Médica Panamericana.1997:683-93.
- (13) Peñafiel Puerto M. Indicadores tempranos de los trastornos del lenguaje. En AEPap ed. *Curso de Actualización Pediatría 2015*. Madrid: Lúa Ediciones 3.0: 2015;291-303.
- (14) Moreno-Flagge N. Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol* 2013; 57 (Supl 1): S85-94.

- (15) Bielsa A, Tomás J. Trastornos del lenguaje y del aprendizaje en niños y adolescentes. En: Ballesteros MC (Coordinadora). Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías Clínicas. Madrid: ADALIA, 2006; 102-109
- (16) Peralta MF, Narbona J. Retrasos del desarrollo verbal y problemas de aprendizaje escolar: estudio longitudinal. Bordón 1991; 43:285-298.
- (17) Fernández Martín F. Escuchemos el lenguaje del niño: normalidad vs signos de alerta. Rev Pediatr Atención Primaria Supl. 2013; (22): 117-26.
- (18) Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children-fifth Edition (WISC-V).2014.NCS: Pearson, Inc.
- (19) Wechsler D. Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence™ - 2012.Fourth Edition (WPPSI™ - IV). NCS: Pearson, Inc.
- (20) Wechsler D, Naglieri JA. Wechsler Nonverbal Scale of Ability (WNV).2006. NCS: Pearson, Inc.
- (21) Kaufman AS, Kaufman NL. Kaufman Brief Intelligence Test.2004. Second Edition (KBIT-2). NCS: Pearson, Inc.
- (22) Puyuelo, M, Renom J, Solanas A y Wiig E. *Evaluación del lenguaje BLOC Screening-R*.2007. Barcelona: Elsevier & Masson.
- (23) Aguinaga G, Armentia ML, Fraile A, Olangua P y Úriz, N. Prueba de Lenguaje Oral de Navarra –Revisada (PLON-R).2005. Madrid: TEA.
- (24) Dunn LM, Dunn L. y Arribas D. PPVT-III. TEST Peabody de vocabulario en imágenes.2006. Madrid: TEA.
- (25) Kirk SA, McCarthy JJ y Kirk WD. *Test Illinois de aptitudes psicolingüísticas ITPA. Adaptación española*.2004. Madrid: TEA.
- (26) Bishop DVM. The Children’s Communication Checklist Second Edition (CCC-2) manual.2003. Oxford: Harcourt Assessment.
- (27) Zimmerman IL, Steiner VG, Pond RE. PLS-5 Spanish Preschool Language Scales Fifth Edition Spanish (PLS-5 Spanish).2012. NCS: Pearson Ed.
- (28) Semel E, Wiig EH, Secord WA. Clinical Evaluation of Language Fundamentals-fourth edition (CELF-4 Spanish).2008.Pearson Ed.
- (29) Wiig EH, Secord WA, Semel E. Clinical Evaluation of Language Fundamentals®-Preschool-2 Spanish (CELF-Preschool-2 Spanish). 2009.TXPearson.
- (30) Maccow G. Bayley Scales of Infant and Toddler Development - Third Edition (BAYLEY-III). NCS Pearson, Inc.2015. Adaptación Española: CDIAP Parc Taulí, Universidad de Murcia y el Dpto. I+D Pearson Clinical & Talent Assessment.
- (31) Portellano JA, Mateos R, Martínez A.R. Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar (CUMANES).2012. Madrid: TEA.
- (32) Portellano JA, Mateos R, Martínez A. R. (*Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Infantil (CUMANIN)*).2000. Madrid: TEA Ediciones.

ANEXOS

Tabla 1: Población susceptible de riesgo de padecer una alteración del lenguaje ⁽¹⁷⁾

- Con riesgo establecido, de carácter biológico o ambiental.
- Con antecedentes familiares de alguna alteración del lenguaje.
- Con otitis recurrentes y/o infecciones respiratorias frecuentes, principalmente en los dos primeros años de vida (etapa de máxima explosión de vocabulario).
- Con un bajo tono de los órganos fonoarticulatorios: respiradores bucales, con tendencia a la protrusión lingual, que no controlan el babeo más allá de los 24 meses, uso prolongado del chupete o que se chupan el dedo (pasados los 15 meses).
- Niños con problemas de alimentación (ya sea de succión en los primeros meses, con el paso de líquido a papilla en torno al sexto mes (atragantamiento) o a la masticación, a partir de los 18 meses).
- Niños “excesivamente tranquilos”, en los que los hitos motores emergen retrasados o ligeramente enlentecidos para su edad.
- Niños excesivamente inquietos, definidos por las propias familias como “muy independientes”, “que tienden a ir a lo suyo”, “que no responden a su nombre”, “con dificultades o desinterés en la relación social”, “que presentan múltiples rabietas incontroladas”.
- Niños con dificultad en la fluidez de su habla más allá de los cinco años, prestando especial atención en edades más tempranas, si existen antecedentes familiares o problemas de socialización por parte del niño.
- Niños inmersos en un entorno bilingüe, con dificultad de relación con sus iguales y/o dificultad para comunicarse en los distintos entornos en los que se desenvuelve.

Tabla 2: Instrumentos estandarizados de valoración para los trastornos de la comunicación (18-32)

<p align="center">INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS DE VALORACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN</p>
<p align="center"> <u>Evaluación de aptitudes cognitivo-intelectuales y de los procesos cognitivos</u> WISC-V; WPPSI-IV; WNV; K-BIT; MCSA; BADyG-R; LEITER-R; K-ABC </p>
<p align="center"> <u>Evaluación del lenguaje y el habla</u> BLOC-S-R; IPTA-R; PLON-R; CCC-2; MACARTHUR; EDAF; A-RE-H, CEG; PEABODY; ELA-R REYNELL IV; PLS-5 Spanish, CELF-4 Spanish, CELF PRESCHOOL 2 Spanish </p>
<p align="center"> <u>Baterías de evaluación de enfoque neuropsicológico y desarrollo infantil que incluyen componentes relacionados con el lenguaje</u> NEPSY-II, BAYLEY III; CUMANES; CUMANIN; LURIA-DNI </p>

Tabla 3: Signos de Alerta por edades ⁽¹⁷⁾

Etapa prelingüística: 0-12 meses
<ul style="list-style-type: none"> - Succión deficitaria, atragantamiento con líquidos (1-2 semanas). - Llanto débil (3-4 meses). - No sonrío ante las caras o voces familiares (3 meses). - No imita o produce sonidos (4 meses). - No responde o no se orienta hacia los sonidos o a la voz humana (5 meses). - Ausencia de sonidos (5-9 meses). - No balbucea (8 meses). - No presta interés a los juegos repetitivos, tales como el cu-cú (8 meses). - No utiliza gestos como “adiós”, “palmitas” (12 meses).
Edad: 0-24 meses
<ul style="list-style-type: none"> - Apenas balbucea o si lo hace hay poca variación de sonidos. - Falta de respuesta a nombres familiares, sin apoyo gestual. - No usa gestos tales como saludar, decir adiós o negar con la cabeza.

- No señala para mostrar o pedir.
- No señala, mira o toca objetos denominados por el adulto (18 meses).
- No responde a su nombre.
- Falta de respuesta a palabras como: Dame, mira, ven, etc. (18 meses).
- Preferencias en uso de gestos en lugar de palabras o vocalizaciones.
- No se usan expresiones de dos palabras a los dos años.

Edad: 2-3 años

- Ausencia de palabras simples.
- Uso de menos de cuatro o cinco consonantes.
- No responde a denominación de objetos o acciones familiares (sin apoyo gestual), fuera de contexto.
- No comprende ordenes simples (referidas a objeto y/o acción).
- Ininteligibilidad de la mayor parte de sus producciones.
- Ausencia de combinación de dos palabras.
- Lenguaje ecológico (repite todo lo que dice).
- Falta de integración con los demás.
- Juego restringido o repetitivo.
- Frustración en situaciones comunicativas.
- Problemas en la masticación.

- Falta de control en el babeo.

Edad: 3-4 años

- Habla ininteligible fuera de su contexto natural.
- No imitación de sílabas.
- Dificultad para emitir frases de dos elementos (incapacidad en el uso de tres).
- Falta de adjetivos y/o pronombres.
- No realiza preguntas del tipo: ¿qué? o ¿dónde?
- Incapacidad para expresar lo que está haciendo.
- Comprensión limitada (no reconoce el uso de los objetos).
- Incomprensión de frases fuera de contexto.
- No muestra interés en jugar con otros niños.
- No pronuncia la sílaba o la letra final de las palabras (por ejemplo, dice “ga” en vez de “gato”).
- Le cuesta encontrar la palabra adecuada para expresar sus ideas (confusión en vocabularios pertenecientes a la misma familia “cuchara, cuchillo-silla, mesa”).

Edad: 4-5 años

- No pronuncia bien la mayoría de los sonidos del lenguaje.
- Uso de frases de tres palabras o menos.
- Omisión de nexos, pronombres, artículos o verbos en las frases.
- Vocabulario reducido (uso frecuente de términos como “este”).
- No responde al ¿qué? o al ¿dónde?, referidos a historias familiares.
- Dificultad para narrar sucesos que le han ocurrido.
- Tiene dificultad en comprender, cuando las frases son largas, complejas o su significado es abstracto.

Edad: 5-6 años

- Persisten dificultades de articulación.
- Errores en la estructura de las frases.
- Dificultad en la comprensión de oraciones.
- Dificultad para responder al “qué, dónde, de qué, quién, por qué”.



Algoritmos

- Dificultad en la comprensión de conceptos como: en, dentro, encima.
- Dificultad en tareas de atención sostenida (escucha de cuentos).
- Tartamudeo.

Tabla 4: Criterios diagnósticos para el Trastorno del lenguaje ⁽¹⁾

- A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias en la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:
 - 1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).
 - 2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de las palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
 - 3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).
- B. Las capacidades del lenguaje están notablemente, desde un punto de vista cuantificable, por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo.

Tabla 5: Criterios diagnósticos para el Trastorno fonológico ⁽¹⁾

- A. Dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.
- B. La alteración causa limitaciones en la comunicación eficaz que interfiere con la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier comunicación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a afecciones congénitas o adquiridas, como parálisis cerebral, paladar hendido, hipoacusia, traumatismo cerebral, traumatismo cerebral u otras afecciones médicas o neurológicas.

Tabla 6: Criterios diagnósticos para el Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) ⁽¹⁾

- A. Alteraciones en la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje, persisten con el tiempo y se caracterizan por la aparición frecuente y notable de uno (o más) de los siguientes factores:
 - 1. Repetición de sonidos y sílabas.
 - 2. Prolongación de sonido de consonantes y de vocales.
 - 3. Palabras fragmentadas (p.ej., pausas en medio de una palabra).
 - 4. Bloqueo audible o silencioso (pausas en el habla, llenas o vacías).
 - 5. Circunloquios (sustitución de palabras para evitar palabras problemáticas).
 - 6. Palabras producidas con un exceso de tensión física.
 - 7. Repetición de palabras completas monosilábicas (p.ej., “Yo-Yo-Yo-Yo lo veo”).
- B. La alteración causa ansiedad al hablar o limitaciones en la comunicación eficaz, la participación social, el rendimiento académico o laboral de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del periodo de desarrollo. (Nota: Los casos de inicio más tardío se diagnostican como 307.0 [F98.5] trastorno de la fluidez de inicio en adulto).
- D. La alteración no se puede atribuir a un déficit motor o sensitivo del habla, disfluencia asociada a un daño neurológico (p.ej., ictus, tumor, traumatismo) o a otra afección médica y no se explica mejor por otro trastorno mental.

Tabla 7: Criterios diagnósticos para el Trastorno de la comunicación social (pragmático) ⁽¹⁾

- A. Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal que se manifiesta por todos los siguientes factores:
 - 1. Deficiencias en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información, de manera que sea apropiada al contexto social.
 - 2. Deterioro de la capacidad para cambiar la comunicación de forma que se adapte al contexto o a las necesidades del que escucha, como hablar de forma diferente en un aula o en un parque, conservar de forma diferente con un niño o un adulto, y evita el uso de un lenguaje demasiado formal.
 - 3. Dificultades para seguir las normas de conversación y narración, como respetar el turno en la conversación, expresarse de otro modo cuando no es bien comprendido y saber cuándo utilizar signos verbales y no verbales para regular la interacción.
 - 4. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente (p.ej., hacer interferencias) y significados no literales o ambiguos del lenguaje (p.ej., expresiones idiomáticas, humor, metáforas, múltiples significados que dependen del contexto para la interpretación).
- B. Las deficiencias causan limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, las relaciones sociales, los logros académicos o el desempeño laboral, ya sea individualmente o en combinación.
- C. Los síntomas comienzan en las primeras fases del periodo de desarrollo (pero las deficiencias pueden no manifestarse totalmente hasta la necesidad de comunicación social supera las capacidades limitadas).
- D. Los síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica o neurológica, ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro autista, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental.

Tabla 8: Criterios diagnósticos para el Trastorno de la comunicación no especificado ⁽¹⁾

- Se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos del trastorno de la comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo.
- Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno de la comunicación o de un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Tabla 9: Diagnóstico diferencial para el Trastorno del lenguaje ⁽¹⁾

- **Variaciones normales del lenguaje.** El trastorno del lenguaje debe diferenciarse de las variaciones normales del desarrollo, aunque puede ser dificultoso realizar esta distinción antes de los 4 años. Cuando se evalúan las deficiencias del lenguaje deben tenerse en cuenta las variaciones regionales, sociales y culturales/étnicas (dialectos)
- **Audición u otra deficiencia sensorial.** Se tiene que descartar la discapacidad auditiva como causa primaria de la dificultad con el lenguaje. Las deficiencias del lenguaje pueden asociarse a una discapacidad auditiva, a otra deficiencia sensorial o a una deficiencia motora del habla. Cuando las deficiencias exceden las que normalmente se asocian a estos problemas, se puede hacer el diagnóstico de trastorno del lenguaje.
- **Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual).** Un retraso del lenguaje es a menudo la presentación característica de una discapacidad intelectual, y es posible que no se pueda realizar el diagnóstico definitivo hasta que el niño pueda completar las evaluaciones estandarizadas. Asimismo, no se debe realizar un diagnóstico por separado a no ser que las deficiencias del lenguaje sean visiblemente mayores que las limitaciones intelectuales.
- **Trastornos neurológicos.** El trastorno del lenguaje se puede producir asociado a trastornos neurológicos, incluida la epilepsia (afasia adquirida o síndrome de Landau-Kleffner).
- **Regresión del lenguaje.** La pérdida del habla y del lenguaje en un niño menor de 3 años puede ser un signo de trastorno del espectro autista (con regresión del desarrollo) o de una afección neurológica específica, como el síndrome de Landau-Kleffner. Entre los niños mayores de 3 años, puede ser un síntoma de crisis epiléptica, por lo que sería necesaria una evaluación diagnóstica para excluir la presencia de una epilepsia (electroencefalogramas normales y de sueño).

Tabla 10: Diagnóstico diferencial para el Trastorno fonológico ⁽¹⁾

- **Variaciones normales del habla.** Se debería tener en cuenta las variaciones del habla regionales, sociales, culturales/étnicas antes de realizar este diagnóstico.
- **Audición u otra deficiencia sensorial.** La deficiencia auditiva o sordera puede conllevar anomalías del habla. Las deficiencias de la producción fonológica pueden asociarse a una deficiencia auditiva, a otras deficiencias sensoriales o a una deficiencia motora del habla. Cuando las deficiencias del habla superan las que normalmente se asocian a estos problemas, se puede hacer el diagnóstico del trastorno fonológico.
- **Deficiencias estructurales.** Las alteraciones del habla pueden estar causadas por deficiencias estructurales (paladar hendido).
- **Disartria.** Las alteraciones del habla pueden atribuirse a un trastorno motor como la parálisis cerebral. Los signos neurológicos, así como las características distintivas de la voz, diferencian la disartria del trastorno fonológico, aunque en los niños pequeños menores de 3 años, la diferenciación puede ser difícil, particularmente cuando la afectación motora general es inexistente o mínima (Síndrome de Worster-Drought).
- **Mutismo selectivo:** El uso limitado del habla puede ser un signo de mutismo selectivo, un trastorno de ansiedad que se caracteriza por ausencia de habla en uno o más contextos o entornos. El mutismo selectivo se puede manifestar en los niños que padecen trastorno del habla porque sienten vergüenza a causa de sus deficiencias, aunque muchos muestran un habla normal en entornos “seguros” como en casa o con los amigos cercanos.

Tabla 11: Diagnóstico diferencial para el Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo) ⁽¹⁾

- **Déficit sensitivo.** Las disfluencias del habla pueden asociarse a una deficiencia auditiva u otro déficit sensitivo o motor del habla. Cuando las disfluencias sobrepasan las que normalmente se asocian a estos problemas, se puede hacer el diagnóstico del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia.
- **Disfluencias normales del habla.** El trastorno debe distinguirse de las disfluencias normales que ocurren frecuentemente en los niños pequeños, como repeticiones de palabras enteras o frases, frases incompletas, interjecciones, pausas vacías y comentarios aparte. Si estas dificultades aumentan en frecuencia o complejidad mientras el niño crece, el diagnóstico de trastorno de la fluidez de inicio en la infancia sería correcto.
- **Efectos secundarios de la medicación.** El tartamudeo puede ocurrir como efecto secundario de una medicación, lo que puede detectarse por su relación temporal con la exposición a dicha medicación.
- **Trastorno de la Tourette:** los tics vocales y las vocalizaciones repetitivas del trastorno de la Tourette deberían ser distinguibles de los sonidos repetitivos del trastorno de la fluidez de inicio en la infancia por su naturaleza y ritmo.

Tabla 12: Diagnóstico diferencial para el Trastorno de la comunicación social (pragmático) ⁽¹⁾

- **Trastorno del espectro autista.** El trastorno del espectro autista es la principal consideración diagnóstica para los niños que presentan deficiencias de la comunicación social. Se pueden diferenciar los dos trastornos por la presencia en el trastorno del espectro autista de patrones restringidos/repetitivos de comportamientos, intereses o actividades, y su ausencia en el trastorno de la comunicación social (pragmático). Los niños con trastorno del espectro autista pueden mostrar solo patrones restringidos/repetitivos de comportamiento, intereses o actividades durante las primeras fases del periodo de desarrollo y, por tanto, se debería elaborar una historia completa. La ausencia actual de síntomas no excluye el diagnóstico de trastorno del espectro autista si anteriormente existían intereses restringidos y comportamientos repetitivos. Se debería considerar el diagnóstico de trastorno de la comunicación social (pragmático) solamente si la historia del desarrollo no muestra ningún tipo de patrones restringidos/repetitivos de comportamiento, de intereses o de actividades.
- **Trastorno por déficit de atención/hiperactividad.** Los déficits primarios del TDAH pueden causar un deterioro de la comunicación social y limitaciones funcionales de la comunicación eficaz, la participación social o los logros académicos.
- **Trastorno de ansiedad social (fobia social).** Los síntomas del trastorno de la comunicación social se solapan con los del trastorno de ansiedad social. La característica que los diferencia es el momento de inicio de los síntomas. En el trastorno de la comunicación social (pragmático), el niño nunca ha tenido una comunicación social eficaz mientras que el trastorno de ansiedad social, la capacidad de comunicación social se desarrolló apropiadamente, pero no se utiliza por ansiedad, miedo o angustia en relación con las interacciones sociales.
- **Discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) y retraso general del desarrollo.** Las habilidades de la comunicación social pueden ser deficientes entre los individuos con retraso general del desarrollo o con discapacidad intelectual, pero no se da un diagnóstico separado a no ser que las deficiencias de la comunicación social superen visiblemente las limitaciones intelectuales.

