

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

María Gortázar Díaz

Índice

1. Introducción	3
2. Concepto.....	4
3. Delimitaciones y punto de polémica	8
4. Indicadores tempranos de riesgo de Trastornos de la Comunicación	19
5. Recomendaciones.....	22
6. Bibliografía	28

1. Introducción

Es indiscutible que las habilidades comunicativas desarrolladas en los primeros cinco años de vida, y consolidadas en los posteriores años escolares, juegan un papel fundamental en el desempeño académico, social y laboral a lo largo de la vida de un individuo.

Sabemos que la intervención temprana del lenguaje puede contrarrestar, de manera significativa, los desafíos que ocasiona en un niño la presencia de un trastorno de la comunicación. Por el contrario, es evidente que dichos trastornos a menudo causan problemas de aprendizaje y desempeño social en la etapa escolar, condicionando a su vez las oportunidades laborales y el bienestar personal en la vida adulta. Un porcentaje considerable de niños y niñas con Trastorno del lenguaje en Educación Infantil alcanzan los criterios de Dislexia y/o Trastorno Específico del Aprendizaje en las etapas de Educación Primaria y Secundaria. Por otra parte, también es importante subrayar que, con frecuencia, los trastornos de la comunicación detectados en primeras edades se derivan de otros trastornos del neurodesarrollo que no han sido detectados. Es frecuente que en edades muy tempranas exista confusión entre los síntomas de Trastornos Comunicativos y los síntomas de Trastornos del Espectro del Autismo, e incluso con los de TDAH. Además, también es frecuente que estas condiciones nosológicas mencionadas se den simultáneamente, es decir, que existan diagnósticos comórbidos de TEA con TDL o de TDAH con TDL, o incluso los tres juntos. A menudo el primer reto con el que se encuentran los profesionales de atención infantil temprana, y los propios padres, es el de determinar un diagnóstico diferencial, así como dilucidar si existen otros diagnósticos comórbidos. Ambos puntos tienen implicaciones que afectan tanto al programa de intervención temprana como al pronóstico futuro.

Por otra parte, aunque todos los expertos inciden en la importancia de una intervención infantil temprana del lenguaje, en la práctica nos encontramos que no siempre se lleva a cabo tan tempranamente como fuera deseable, debido a las dificultades para identificar a los niños pequeños en riesgo para presentar problemas comunicativos persistentes. Es necesario continuar avanzando en la investigación que ayude a identificar señales de alerta, es decir, que permita discriminar, en edades tempranas, a los niños que presentan mayor riesgo de déficits comunicativo-lingüísticos persistentes frente a aquellos que solo presentan un leve retraso provisional. Al mismo tiempo, es imprescindible que se incrementen los recursos de estimulación temprana del lenguaje dirigidos a la población infantil de riesgo.

2. Concepto

Uno de los principales problemas a la hora de decidir si un niño debe recibir intervención temprana de lenguaje son los desacuerdos acerca de su delimitación. ¿Se trata solo de un retraso pasajero que desaparecerá sin apoyos o nos encontramos con un déficit persistente que requiere la derivación a un centro de atención infantil temprana o a un especialista del lenguaje?

Sobre todo, en el caso de los niños cuyo trastorno del lenguaje no puede explicarse por otras afecciones, tales como déficit intelectual, problemas de audición o TEA, nos encontramos con frecuencia que se retrasa su inclusión en los servicios de intervención del lenguaje debido a una interpretación errónea de lo que les está ocurriendo o por la adopción de una terminología equivocada por parte de los profesionales que le ven por primera vez. No olvidemos que en el sistema educativo español solo suelen atenderse lo que se califica como trastorno severo del lenguaje, dejando, al menos temporalmente, sin intervención los a menudo mal llamados “retrasos simples del lenguaje”, o retrasando el diagnóstico de TDL hasta los 5 años.

¿Cuándo hablamos de un trastorno de la comunicación o de un trastorno del lenguaje nos referimos a la presencia de un lenguaje deficitario sea cual sea la causa u origen de este? Es evidente que un deterioro del lenguaje puede ocurrir, o no, junto a otras condiciones médicas o mantener distintas etiologías. En la actualidad, aún existen dudas de si debemos mantener términos diferenciadores, o no, para lo que serían los trastornos “exclusivos” del lenguaje, en España generalmente identificados como TEL (Trastorno específico del lenguaje) y más recientemente como TDL (Trastorno del desarrollo del lenguaje), frente a los trastornos del lenguaje asociados a distintas condiciones médicas. Esta decisión es importante pues, como refiere Whitehouse (2014), debemos ser conscientes de que es necesario tomar medidas que ayuden a “cambiar los servicios de salud y educación de un paradigma de financiación basado en el diagnóstico a un modelo basado en el nivel de deterioro funcional”.

Clasificación atendiendo al origen:

- Trastornos del habla derivados de defectos estructurales o neuromotores del aparato del habla. (Incluye defectos oro-faciales, disartrias, parálisis lengua, disfonías, etc.)
- Trastornos del habla de origen desconocido. (Incluye trastornos de fluidez y algunas dislalias funcionales).
- Trastorno del lenguaje derivado de pérdida auditiva.
- Trastornos de la comunicación por daño cerebral o disfunción adquirida en periodo prenatal, o perinatal (S. Down, S. Williams, etc.). Se incluye también aquí los trastornos de la comunicación social propios de TEA.
- Trastornos del lenguaje por daño cerebral o disfunción adquirida en la niñez (Afasia).
- Trastornos de la comunicación derivados de trastornos conductuales y emocionales (Mutismo selectivo).
- Problemas del desarrollo del lenguaje derivados de privación sociocultural.
- Trastornos desarrollo del lenguaje (TDL) / Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL).

*El DSM-5 ha sustituido el término Trastorno específico del lenguaje (TEL) por el de **Trastorno del lenguaje***

Uno de los problemas a la hora de tomar decisiones con respecto a los trastornos de la comunicación se deriva de la falta de una terminología apropiada y consistente que facilite la coordinación entre los profesionales de los servicios de salud infantil y los educativos, así como entre profesionales y familias.

De acuerdo con el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5a edición (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría*, los Trastornos de la Comunicación forman parte del grupo de los Trastornos del Neurodesarrollo, en el que se incluyen aquellos desordenes que están asociados a procesos madurativos, de carácter innato, cuyas manifestaciones estructurales y funcionales sobre el sistema nervioso dependen de variables genéticas, tanto específicas como inespecíficas. (Artigas-Pallarés, Guitart y Gabau-Vila, 2013). Su etiología es, especialmente, de carácter sindrómico, en gran medida con una especificidad desconocida, sin dejar de lado, posibles aspectos de origen ambiental. (José Alonso Aguilar-Valera, 2017).

Seguando los criterios del DSM-5, los trastornos de la comunicación comprenden las deficiencias 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, que tienen su inicio en las primeras fases del período de desarrollo. Se incluye como criterios de exclusión cualquier condición médica que pueda explicarlo. Especifican que producen un grado de interferencia significativo en el funcionamiento personal, social, académico u ocupacional, tanto de forma individual o con cualquier combinación.

Estos trastornos conformarían un grupo muy heterogéneo, en el que podemos encontrarnos desde problemas menores de articulación o fluidez del habla, hasta severas dificultades para desarrollar habilidades básicas de comprensión o expresión oral. La clasificación de los trastornos de la comunicación presentada en el DSM-5 es:

DSM-V: TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

315.32 (F80.2) Trastorno del lenguaje

Se define básicamente por la presencia de “dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción”.

**Dicha definición, junto con los criterios ya mencionados de exclusión de otras condiciones médicas y de inicio temprano de los síntomas sería la misma que la utilizada para la etiqueta diagnóstica tradicional de TEL o TDL.*

315.39 (F80.0) Trastorno fonológico

Se define como una “dificultad persistente en la producción fonológica que interfiere con la inteligibilidad del habla o impide la comunicación verbal de mensajes.”.

**Posiblemente, dicha descripción podría encajar tanto dentro de los trastornos leves de articulación, tradicionalmente calificados por algunos especialistas como dislalias funcionales, como de los trastornos de programación fonológica que se incluyen dentro de los TEL.*

315.35 (F80.81) Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

Alteraciones persistentes de la fluidez y la organización temporal normales del habla que son inadecuadas para la edad del individuo y las habilidades de lenguaje.

315.39 (F80.89) Trastorno de la comunicación social (pragmático)

Dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no verbal.

**Anteriormente trastorno semántico-pragmático o trastorno pragmático incluido en los TEL.*

307.9 (F80.9) Trastorno de la comunicación no especificado

Esta categoría se aplica a los trastornos de la comunicación que no cumplen todos los criterios o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del desarrollo neurológico. 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 desarrollo neurológico específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico.

Como contrapartida, **para la Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA)**, el término trastorno del lenguaje oral (SLD) recoge un grupo heterogéneo de trastornos, con características y etiologías muy diversas, que cursan con problemas en la capacidad de recibir, transmitir, procesar y comprender conceptos o sistemas de símbolos verbales, no verbales y gráficos. Indican que “representa un impedimento significativo en la adquisición y uso del lenguaje en todas las modalidades debido a déficits en la comprensión y/o producción en cualquiera de los cinco dominios del lenguaje (es decir, fonología, morfología, sintaxis, semántica, pragmática).

Los trastornos del lenguaje pueden persistir durante toda la vida y los síntomas pueden cambiar con el tiempo. Los individuos pueden mostrar una o cualquier combinación de trastornos de la comunicación. El trastorno puede resultar en una discapacidad primaria o puede ser secundaria a otras discapacidades (derivados de defectos estructurales, daño cerebral adquirido, etc). Una diferencia importante con respecto al DSM-V, por tanto, es que en su término engloban tanto los trastornos del desarrollo como los adquiridos o asociados a otras condiciones médicas. Cuando la SLD es una discapacidad primaria, no acompañada de una discapacidad intelectual, retraso del desarrollo global, discapacidad auditiva u otra discapacidad sensorial, disfunción motora u otro trastorno mental o afección médica, se considera una discapacidad del lenguaje específica (SLI – en español TEL). En ambos casos el trastorno puede manifestar distintos grados de severidad, desde leve a grave.

La controversia terminológica de si utilizar el término de Trastornos del lenguaje, con los criterios del DSM-5, o el término de TEL, como sugiere la ASHA, para aquellos casos en los que el trastorno del lenguaje es de origen desconocido, o no se derivan de otras condiciones médicas identificables, está aún en controversia. Bishop, en un artículo del año 2014, apuntaba que “el término trastorno del lenguaje del DSM-5 era problemático porque identifica una gama demasiado amplia de condiciones en una búsqueda en Internet.” Para ella, una primera solución era la de continuar utilizando la etiqueta diagnóstica de TEL, entendiendo que “específico” significa idiopático (es decir, de origen desconocido) en lugar de implicar que no hay otros problemas más allá del lenguaje. Otras opciones, que apunta esta autora, son los términos “trastorno primario del lenguaje”, “trastorno del desarrollo del lenguaje” o “Trastorno del aprendizaje del lenguaje” (Bishop DV, 2014). Más adelante (2016-2017), un proyecto rotulado como CATALISE, reunió a un grupo de 57 expertos, entre los que también se encontraba la Dra. Bishop, para llegar a un consenso sobre terminología para los trastornos del lenguaje “inexplicables” en los niños, el término acordado fue el de “Trastorno del Desarrollo del Lenguaje” (TDL) [En inglés: 'Developmental Language Disorder' (DLD)] (Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T. and The Catalise Consortium, 2017).

Se recomienda no incluir en esta categoría a los niños bilingües/multilingües. (Bishop et al., 2017). Recomendamos leer las reflexiones sobre este cambio terminológico y de perspectiva en el blog de Bishop: <http://deevybee.blogspot.com/2020/02/changing-terminology-for-childrens.html>

3. Delimitaciones y punto de polémica

La identificación de los Trastornos de la Comunicación en base a la existencia de una alteración o déficit del lenguaje, aunque es en términos generales consensuada, ofrece distintas interpretaciones, e incluso distintas terminologías, según se asuman o barajen distintos matices. Existe consenso y evidencias claras de que dichos trastornos requieren de una detección e intervención lo más precoz posible y que dicha intervención puede eliminar o minimizar riesgos importantes con respecto al desenvolvimiento social, académico y laboral futuros.

Los niños que inician la etapa de educación primaria con habilidades lingüísticas deficientes presentan un riesgo muy alto de tener bajos niveles académicos y problemas de lecto-escritura, además de dificultades de inclusión social y desarrollo emocional. Los problemas de lenguaje que concurren con otros problemas del neurodesarrollo generalmente son identificados y derivados a atención temprana más fácilmente que los casos en que el trastorno es primario. Tenemos que mejorar la identificación e intervención precoz de aquellos niños que presentan trastornos de la comunicación “puros”, pues los riesgos mencionados anteriormente también se dan en estos casos (Reilly S, Bishop DV, Tomblin B., 2014).

Además, no debemos olvidar que a menudo la ausencia de unos criterios de identificación claros y operativos en edades tempranas, junto con la confusión terminológica existente en los casos de TDL, lleva a que a muchos niños se les niega el acceso a los servicios de intervención temprana del lenguaje, fundamentalmente en el ámbito educativo.

Para conseguir una mejor identificación temprana, es prioritario llegar a un consenso y mayor conocimiento acerca de los siguientes aspectos:

- » **Especificidad.** En la actualidad se cuestiona la naturaleza específica de los trastornos del lenguaje no derivados de ninguna otra condición médica o social, recalcando que las investigaciones recientes sugieren que el trastorno no se limita al dominio del lenguaje. Por ello, en el DSM-5 se elimina el término de “específico” de la etiqueta diagnóstica. Aunque en España el término más usado es el de TEL, algunos autores prefieren utilizar la etiqueta diagnóstica de trastornos del lenguaje o TDL. Como datos que cuestionan la idoneidad de usar el término de específico se mencionan la coexistencia de disfunciones en procesos cognitivos vinculados a las funciones ejecutivas, torpeza motora o déficits de coordinación motora, déficits de memoria de trabajo, déficit de memoria procedimental, déficits del procesamiento auditivo verbal, dislexia y déficits sociales (Ghandour, Hassan et al, 2018 - Hill, Elisabeth, 2001 - Michael T. Ullman, Michael T et al, 2005). Es fundamental que el especialista incluya en la exploración la evaluación de dichos procesos y habilidades, con una exploración multiprofesional que recoja aspectos comunicativo-lingüísticos y aspectos cognitivos, socioemocionales y motores desde temprana edad.
- » **Grado de variación / severidad con respecto al desarrollo normal.** En el DSM-5 no se establece ningún criterio claro de severidad a partir del cual podamos efectuar el diagnóstico. En el caso de los trastornos del lenguaje marca el criterio genérico de “las capacidades de lenguaje están notablemente y desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad” junto a las limitaciones en las habilidades adaptativas básicas.

Es evidente que la delimitación de los TDL exige que haya un cierto grado de retraso o variación significativa con respecto al desarrollo normal a la hora de aprender a hablar,

comprender o emplear cualquier aspecto del lenguaje, pero existen controversias a la hora de marcar unos criterios claros y operativos. Aunque algunas definiciones, como, por ejemplo, la utilizada en el sistema educativo andaluz, han incluido como criterio diagnóstico el que existiera un retraso de carácter severo en la adquisición del lenguaje, actualmente hay un gran consenso en incluir dentro del TDL cualquier tipo de severidad (desde leve a profunda), subrayando que la intervención precoz es necesaria en todos los casos.

Además, las propuestas que se han hecho para definir los criterios de severidad-discrepancia con respecto al desarrollo normal son problemáticas y a menudo imposibles de corroborar en edades tempranas, careciendo muchas de ellas de soporte empírico suficiente o siendo muy poco operativas para el clínico o el terapeuta del lenguaje.

Principalmente se han definido criterios en base a la edad cronológica o mental (por ejemplo: 12-24 meses de diferencia entre edad lingüística global y edad cronológica o mental) y en función de los resultados de pruebas psicométricas (entre otras: 1.5 - 2 desviaciones típicas entre el CI verbal y el manipulativo, o puntuaciones en pruebas verbales por debajo del percentil 10 - CI verbal por debajo de 80).

Las distintas propuestas son discutibles principalmente debido a dos puntos fundamentales:

- a) Dificultades ocasionadas por las limitaciones en los instrumentos de valoración existentes y, por lo tanto, para hacer inferencias fiables sobre los distintos grados de severidad.
- b) Frecuente desatención a la posible asincronía en el desarrollo de los distintos componentes y/o al valor de determinados patrones de desarrollo frente a otros.
- c) Peligro de desatención terapéutica a niños con retraso mental debido a que pueda darse una falta de discrepancia entre edad mental y edad verbal.
- d) Evidencia de que la discrepancia entre CI verbal y el CI no-verbal puede variar con el tiempo, además de que el valor o interpretación clínica de las variaciones de un determinado nivel de desarrollo del lenguaje con respecto a la norma debe ser diferente según la edad o etapa evolutiva del niño (la significación del año o años de diferencia varía según la edad del sujeto, un año de retraso no es lo mismo en un niño de 30 meses que en un niño de 8 años).

Además, la mayor parte de estos criterios no tienen en cuenta el perfil heterogéneo de los trastornos de la comunicación y el hecho de que se debe atender de forma integral a todas las dimensiones del lenguaje (forma-uso-contenido), así como a la posible existencia de perfiles anómalos o atípicos en una o en todas las dimensiones a evaluar. A subrayar que las pruebas estandarizadas no suelen incluir tareas o criterios para detectar perfiles anómalos o irregularidades dentro de las dimensiones a valorar.

La controversia mayor a la hora de identificar necesidades específicas de intervención del lenguaje se registra en edades tempranas. Se trata de los niños calificados como “Hablantes Tardíos”. Las primeras etapas del lenguaje, entre los 12-24 meses de edad, quizás 30 meses, se caracterizan por una gran variabilidad interindividual normal. La mayor parte de los niños entre 18-21 meses tienen un vocabulario expresivo de al menos 50 palabras y comienzan a combinarlas en emisiones de dos-tres elementos entre 21-24 meses. Su vocabulario receptivo es amplio (≥ 100 p.) y su comunicación gestual excelente.

“Hablantes tardíos” se utiliza para describir a niños de entre 18 - 24 meses de edad (máximo 30 meses) que muestran una adquisición lenta del primer lenguaje (expresión: 10 palabras entre los 18 - 20 meses; 50 palabras entre 21 - 30 meses) que no se acompaña de ningún otro déficit o alteración en otros dominios del desarrollo temprano. Se asocia con frecuencia a:

- Infecciones crónicas o frecuentes del oído en el primer y/o segundo año de vida.
- Antecedentes familiares de hablantes tardíos.
- RN con menos de 37 s. edad gestacional.
- RN de bajo peso.
- Sexo masculino.
- Dificultades de interacción social con iguales.
- Menor uso de gestos naturales.

Los niños hablantes tardíos, con un retraso simple del primer lenguaje, se supone que van a presentar solo un retraso leve durante las primeras etapas de adquisición del lenguaje (generalmente entre los 12-30 meses), y una secuencia de desarrollo totalmente correcta a partir de esa edad

	Desarrollo Normativo	Hablantes Tardíos
Vocabulario	1/3 – 20/40 palabras 9-18 meses (65% N – 13% V) 40-100 palabras 18-24 meses (incremento verbos y primeras palabras gramaticales: Art. Pr. Prep. Av.) 100/200	Retraso léxico: <10 palabras 18-20 meses / <50 21-30 m Menos verbos 24 m. En ocasiones, primeros morfemas y palabras gramaticales ≥ 24-30.
Fonología	Entre los 12-18 meses, balbuceo no duplicado y jerga expresiva acompañada de algunas palabras con predominio de estructura silábica CV, VCV y CVCV duplicada. CVCV semiduplicadas al final de etapa. Primeros intentos de imitación de palabras. Al final de etapa produce más de 4-5 consonantes diferentes (principalmente m, n, p, t, b) y todas las vocales. Entre los 18-24 meses: Repertorio fonético mínimo de 6 consonantes. Estructura silábica: CV – CVC (97%) – VCV Y CVCV con reducciones frecuentes. Sopla. Imita bisílabas y movimientos buco-orofaciales simples (abrir la boca, mímica de comer). Inteligibilidad: 30-60%. Entre los 24-30 meses se va consolidando la producción de bisílabas y produce estructuras CVCVCV, con algunas reducciones, a la vez que pueden iniciarse algunas consonantes dobles.	Menos variedad consonante. Sistema fonológico inmaduro (edad equivalente ≤12-18 meses a las 24-30 meses). Reducciones frecuentes de estructura silábica con predominio de monosílabos (CV) y sílabas duplicadas CVCV entre los 24-30 meses. No imita bisílabas 24-30 meses.
Estructura gramatical	Estructuras de 2 elementos 18-24 meses Estructuras de 3 elementos 18-24 meses	Retraso inicio combinaciones de dos palabras – 24 meses.
Comprensión	Entre los 12-18 meses, responde a órdenes generales (dame, mira, toma) y a palabras de acción en contexto habitual. Vocabulario receptivo de aproximadamente 12 palabras al año, y de 50 palabras a los 15 meses. Entre 18-24 meses, sigue órdenes que implican interrelación de dos elementos (dame x, ponlo en x...) y responde a nombres de objetos o personas no presentes. Vocabulario receptivo de alrededor de 100 palabras a los 18 meses, y más de 300 palabras a los dos años.	Posibles niveles bajos de comprensión. Léxico receptivo pobre o no seguir órdenes simples 24 meses.

Los niños con TDL presentan un retraso más persistente y generalmente se considera que el desarrollo del lenguaje va a ser cualitativamente diferente a la del desarrollo proto-típico.

Los estudios reflejan que es importante explorar o analizar una variedad de elementos para tratar de delimitar el riesgo o probabilidad de TDL o riesgo de problemas del lenguaje persistentes.

Alrededor del 50-70% de los niños hablantes tardíos, que solo muestran retraso en el plano expresivo, sin retrasos en la comprensión y/o el uso social del lenguaje, van a superar este retraso inicial, o al menos van a reducir sus dificultades al mínimo. Entre un 30-40% van a continuar manifestando dificultades comunicativo-lingüísticas aplicables a un TDL y se estima que cerca de un 60% podrían mostrar problemas de aprendizaje. La probabilidad podría ser mayor si existen problemas en la comprensión y en el uso de gestos comunicativos tempranos, u otros factores o señales de riesgo.

Además, hay que tener en cuenta que el retraso en la aparición de las primeras palabras, y/o algunas de las otras características mencionadas de los hablantes tardíos, puede ser el primer signo de alerta, no solo en muchos de los casos de TDL, sino también en casos de TEA, de TDAH y de Trastorno del Desarrollo Intelectual, al menos para los padres.

En la reunión del proyecto CATALISE, ninguno de los expertos estuvo a favor del término retraso del lenguaje, aludiendo a la confusión del término y a que no recoge la naturaleza dinámica y cambiante de las dificultades del lenguaje. Además, dicho término se utiliza con frecuencia para negar, o demorar, servicios a los niños en edades tempranas. Por otra parte, no tiene validez como indicador de pronóstico en la mayor parte de los casos. De forma inequívoca recomendaban que se suprima este término.

- » **Exclusión / concurrencia.** Aunque en los criterios diagnósticos del DSM 5 se marca con claridad que dentro del diagnóstico de trastornos de la Comunicación deben excluirse los casos en que los déficits del lenguaje se puedan atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica conocida, o que sea explicable por una discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo, esto no es óbice para que no podamos establecer diagnósticos concurrentes. Como diagnósticos comórbidos más frecuentes nos encontramos con trastornos del desarrollo intelectual (algunos autores mencionan que solo deben considerarse CI>85 pero esto está siendo rebatido en la actualidad), trastornos del espectro del autismo, TDAH, defectos estructurales o sensoriomotores del aparato del habla, problemas emocionales o conductuales, privación socio ambiental, déficits sensoriales.

En todos estos casos, podemos establecer un diagnóstico concurrente cuando el trastorno del lenguaje que se presenta es mayor de lo esperado o no puede explicarse sólo con un único diagnóstico o al menos no son una causa directa suficiente. Sí son del todo excluyentes los daños cerebrales adquiridos en la niñez o en la vida adulta (afasias o daños resultantes de una lesión cerebral localizada o a trastornos convulsivos). Se requiere de una valoración exhaustiva y multidisciplinar de cara a poder establecer posibles diagnósticos comórbidos. Recomendamos a los profesionales especialistas en evaluación de los trastornos del neurodesarrollo, pongan especial atención de diagnósticos comórbidos TEA-TDL y TDL-TDAH dada la alta frecuencia de ocurrencia.

A menudo, en edades tempranas, la mayor dificultad nos la encontramos en el diagnóstico diferencial entre trastornos de la comunicación y trastornos del espectro del autismo. Con frecuencia, los padres consultan por primera vez a un especialista, preocupados por el retraso en el desarrollo del lenguaje de su hijo de 2 años.

En este momento, el especialista debe realizar una evaluación cuidadosa que recoja información tanto del perfil comunicativo y lingüístico del niño como de sus competencias cognitivas, motoras y sociales. Es imprescindible también registrar datos de los antecedentes personales del niño: antecedentes prenatales, perinatales y postnatales, con especial atención al desarrollo de las habilidades sociales y comunicativas tempranas que se adquieren al final del primer año de vida e inicios del siguiente, es decir, entre los 9-18 meses de edad. Esto implica conocer también los ritmos de adquisición de dichas habilidades. Por supuesto, la evaluación debe incluir datos de los antecedentes médicos y familiares, así como información de los principales entornos del desarrollo del niño hasta ese momento. De cara al diagnóstico diferencial TDL/TEA es fundamental recoger información lo más cuidada posible acerca de las habilidades de interacción social y de comunicación social, así como de los patrones de conducta, juego, intereses y actividades que muestra el niño en los distintos entornos del desarrollo (familia, escuela, ocio). Las habilidades de interacción y de comunicación social deben ser valoradas en contextos interactivos.

Es aconsejable incluir pruebas específicas de TEA para descartar dicho diagnóstico y, sobre todo en los casos en que se detectan posibles cuadros comórbidos que incluyen déficits intelectuales o disfunciones en procesos cognitivos vinculados a las funciones ejecutivas o déficits de autorregulación personal o de conducta, realizar estudios neurológicos y genéticos para descartar otros síndromes.

4- Diagnóstico Diferencial TEA-TDL

Hasta hace relativamente pocos años, no se admitía el co-diagnóstico TEA y TDL, sin embargo, en la actualidad, a partir de la publicación del DSM-5 de 2013, se admite que un niño pueda presentar ambos diagnósticos de forma comórbida. Por tanto, siguiendo criterios del DSM-5, los trastornos del desarrollo del lenguaje y los trastornos del espectro del autismo no son diagnósticos mutuamente excluyentes, aunque esto no implica que debamos de ser cuidadosos en la diferenciación de ambos cuadros conductuales por la implicación que esto tiene tanto para el diagnóstico diferencial como para la toma de decisiones de cara a las necesidades de intervención.

Un niño consigue comunicar de forma adecuada solo si adquiere habilidades normativas en las distintas dimensiones del lenguaje: forma (fonología y morfosintaxis) – contenido (semántica) y uso social (pragmática). Por supuesto, la comunicación puede verse también afectada por factores cognitivos o sociales interfirientes, pero diríamos, por no ahondar en estos momentos en un tema tan complejo, que de una forma secundaria.

La mayor parte de los niños con TDL presentan dificultades en los aspectos formales del lenguaje, es decir, en el desarrollo de las habilidades fonológicas y morfosintácticas, manteniendo sin embargo perfiles mejores en la dimensión pragmática o de uso social del lenguaje. Generalmente son niños con buena comunicación no-verbal y habilidades de interacción social adecuadas o solo alteradas por las debilidades de comprensión-expresión verbal. Los niños con un trastorno de la comunicación que afecta al uso social del lenguaje son calificados dentro de la categoría diagnóstica de Trastornos de la Comunicación Social. El Trastorno de Comunicación Social se define por la presencia de dificultades persistentes en el uso social de la comunicación verbal y no-verbal, en ausencia de intereses y comportamientos restringidos y repetitivos, que no pueden atribuirse a otra afección médica o neurológica ni a la baja capacidad en los dominios de morfología y gramática, y no se explican mejor por un trastorno del espectro del autismo, discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual), retraso global del desarrollo u otro trastorno mental .

Los niños con TEA se definen por la presencia de déficits persistentes en comunicación e interacción sociales y de patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses. Los trastornos del espectro autista implican la existencia de déficits comunicativos pero centrados en la pragmática o comunicación social. Tanto los niños con TEA como los niños diagnosticados como TDL pueden tener déficits en la dimensión semántica, aunque en los casos de TDL son más frecuentes los déficits fonológicos y sintácticos. En general, se confirma que los niños con TEA tienen dificultades en el uso social del lenguaje mucho más amplias que los niños con TDL, viéndose interferida tanto la comunicación verbal como la no-verbal, tanto en aspectos receptivos como expresivos.

Si se constata que un niño con TEA tiene deficiencias tanto en los aspectos pragmáticos del lenguaje como en los aspectos formales, tendremos que plantearnos la posibilidad de que exista un diagnóstico concurrente de TDL.

Como puntos a subrayar en el diagnóstico diferencial TEA- TDL, destacamos lo siguiente:

Diagnóstico Diferencial	Trastorno del Espectro del Autismo	Trastorno del Desarrollo del Lenguaje
Datos Epidemiológicos	Mayor incidencia en hombres. Peor pronóstico Menor incidencia de antecedentes familiares de TEA.	Mayor incidencia en hombres. Mejor pronóstico. Tasas más altas de antecedentes familiares de TDL
Audición	Respuestas atípicas al sonido. Falta de atención al habla. Audiometría usualmente normal.	Respuestas atípicas al sonido. Mejor respuesta al habla. Más frecuencia de audiometrías con irregularidades.
Habla	Anomalías en rasgos supra segmentales (ritmo, volumen, tono).	Mayor frecuencia de problemas articulatorios. Mayor normalidad de rasgos supra segmentales. Posible presencia de fenómenos reactivos a los problemas del lenguaje (mutismo, etc.).
Comunicación preverbal/no verbal	Posibles anomalías desarrollo vocálico temprano. Graves alteraciones en la comprensión-expresión de actos comunicativos preverbales (mirada, gestos naturales, expresiones emocionales dirigidas socialmente) Falta de coordinación de la comunicación verbal y no verbal (mirada-gestos-vocalización-expresión emocional-palabras). Persistencia de actos comunicativos de etapas tempranas, coexistiendo con actos más complejos. Menor variedad y frecuencia de uso de gestos naturales. Ausencia o limitado uso de actos para compartir. Menor uso de alternativas o de actos comunicativos secuenciados o coordinados/no busca nuevas estrategias cuando no es atendido.	Posibles anomalías en el desarrollo vocálico temprano. Retraso o normalidad desarrollo de actos comunicativos preverbales. Mayor coordinación comunicación verbal y no verbal. No persistencia. Mayor variedad y frecuencia en la producción de gestos y funciones comunicativas. Mejor uso de alternativas comunicativas ante peticiones de clarificación o mensajes no atendidos. Mejoras cualitativas y cuantitativas en la comunicación no-verbal cuando se simplifica y limita el input verbal del interlocutor y no existen exigencias ni correcciones directas de lenguaje oral dirigidas hacia el niño.

Expresión lingüística	Déficits pragmático-verbales y no verbales. Dificultades para establecer relaciones de significado. Mayor frecuencia de ecolalias, producción de preguntas reiterativas, utilización estereotipada del lenguaje o lenguaje idiosincrático. Inversión pronominal. Lenguaje poco creativo	Generalmente sin déficit pragmáticos marcados a excepción de las limitaciones secundarias al resto perfil lingüístico. Heterogeneidad de perfiles lingüísticos, aunque más frecuente de carácter fonológico-sintáctico. Mayor espontaneidad y mejor uso funciones comunicativas. Mejores habilidades conversacionales y narrativas. Menor frecuencia de ecolalias y, en general, de empleo repetitivo del lenguaje. Lenguaje más creativo.
Comprensión lingüística	Inflexibilidad / Literalidad	Severamente deteriorada en casos de agnosia auditiva, o disfasia receptiva.
Área social	Menor interés/atención a estímulos sociales. Alteración cualitativa habilidades interacción con sus iguales. Trastorno capacidades de referencia conjunta Trastorno capacidades intersubjetivas y mentalistas. Ausencia de mirada adecuada. Menor reciprocidad socio-emocional. Menor disposición por compartir focos de atención conjunta, intereses, intenciones, estados emocionales, opiniones o creencias. Retraso en las habilidades adaptativas de autocuidado Frecuente retraso o dificultad en las habilidades adaptativas de tipo práctico o de autocuidado personal.	Más interés mundo social. Conducta social más adecuada y/o sin alteraciones cualitativas, con significativas mejoras si no hay demandas verbales. Puede haber problemas de relación social secundarios. Mejor empleo/ comprensión de estados atencionales, mejor empleo/ comprensión de estados mentales. Más frecuente juego cooperativo y mejores capacidades para relacionarse con sus iguales. Mejor uso de la mirada, sobre todo en interacciones no-verbales. Mayor curiosidad por enterarse acerca de lo que otra persona mira, piensa, tiene intención de hacer u opina. Habilidades de autonomía/autocuidado personal conservadas o con retrasos menores, con excepciones en los casos con TDAH comórbidos.

Área cognitiva	Alteración imaginación/ficción Inflexibilidad mental y comportamental. Trastorno del sentido de la propia actividad y agentividad. Dificultades anticipación, representación de metas y planificación Más frecuente R. M. Mayor frecuencia destrezas especiales. Dificultades de inhibición Problemas de abstracción y de meta representación. Hiperrealismo (dificultad para prescindir de características físico-perceptivas) Problemas coherencia central.	Mejores competencias de juego simbólico o de cualquier actividad imaginativa. Menor frecuencia de inflexibilidad y/o menos acusada. Conductas funcionales autónomas – sentido del yo proyectado al futuro. Menos frecuente retraso mental. Menos frecuentes destrezas especiales. Déficit procesamiento secuencial No hay o son menores los problemas inhibición RR. No hiperrealismo. No problemas de coherencia central. Imitación conservada.
Conducta: Fenómenos ritualistas Hipersensibilidad estimular.	Mayor frecuencia de estereotipias, rituales, contenidos limitados de pensamiento. Intereses poco funcionales y limitados en variedad... Mayor frecuencia de hipersensibilidad estimular y de dificultades de integración intermodal.	Menor frecuencia. Intereses más normalizados. Menor frecuencia de hipersensibilidad estimular y/o más centrada en hipersensibilidad a estímulos auditivo.

Muchos padres, con hijos en edades entre los 18-30 meses, acuden por primera vez al pediatra, o a un profesional de la educación infantil, preocupados porque su hijo no habla o apenas dice unas pocas palabras aisladas. Algunos también refieren que apenas atiende cuando le hablan, o que el niño desatiende y es excesivamente independiente. Lamentablemente en muchas ocasiones, se les aconseja '*esperar y ver*'. Es frecuente que los profesionales no inicien un diagnóstico especializado, de TDL, o incluso de TEA, hasta pasados los 3 años, e incluso en los casos más leves los 5 o 6 años, pensando que el retraso del lenguaje inicial pudiera ser temporal y/o que no va a tener repercusiones clínicas significativas en los años escolares. Esta 'tolerancia' cultural hacia la adquisición lenta del primer lenguaje, y en ocasiones, la falta de atención al desarrollo de las habilidades comunicativas no-verbales, puede ocasionar graves perjuicios para el niño y su familia, ya que muchas veces condiciona el acceso rápido a los servicios de intervención infantil temprana, ya sean del ámbito de la educación o de la sanidad.

El diagnóstico diferencial de los trastornos del neurodesarrollo que afectan a la comunicación, antes de los 2 - 2,5 años, es a menudo difícil de delimitar, pero esto no debe impedir que se inicie el proceso de evaluación/intervención temprana lo antes posible. Independientemente de la importancia de establecer un diagnóstico, lo fundamental es

centrarse en conocer las fortalezas y desafíos que muestra cada niño, y sus entornos del desarrollo, de cara a iniciar cuanto antes una intervención eficaz.

Tras detectarse un retraso en el desarrollo comunicativo, se debe derivar a un especialista en el diagnóstico del desarrollo infantil para evaluación y diagnóstico, o al menos para estimar la probabilidad de riesgo. La investigación ha demostrado que la intervención temprana es el método más eficaz y eficiente para el tratamiento de trastornos de la comunicación, pero es evidente que la intervención temprana requiere la identificación temprana.

En primer lugar, el especialista debe recoger la historia clínica del niño y de su familia, registrando datos acerca de los antecedentes personales, médicos, educativos y familiares del niño. Se debe incluir información de los antecedentes mórbidos familiares y del historial médico actual. La valoración del menor, debe registrar datos del perfil de desarrollo en todos sus ámbitos, incluyendo habilidades motoras, cognitivas, sociales, comportamentales y del lenguaje. Con respecto a las habilidades cognitivas nos parece fundamental valorar los procesos cognitivos vinculados a las funciones ejecutivas (representación de metas, planificación, memoria de trabajo, control inhibitorio, flexibilidad. Con respecto al lenguaje se deben valorar aspectos formales (fonología, morfosintaxis) junto a aspectos semánticos y pragmáticos, sin olvidar tampoco la comunicación no-verbal.

En dicha valoración se deben analizar al detalle posibles indicadores de riesgo de TDL, según los datos indicados por los expertos. Cuanto mayor sea el número de indicadores presentes, mayor es el riesgo de TDL, o de otros trastornos del neurodesarrollo, y, por tanto, de necesidad de intervención temprana, especialmente cuando nos encontramos con los *indicadores considerados de mayor riesgo*:

- Problemas de comprensión.
- Limitaciones en el uso de gestos o comunicación preverbal.
- Antecedentes familiares de retraso o de problemas del lenguaje o aprendizaje.
- Disfunciones en procesos cognitivos vinculados a las funciones ejecutivas (muestras de inflexibilidad mental o comportamental marcada, en los casos de TEA)

5. Indicadores tempranos de riesgo de Trastornos de la Comunicación

Existen un número de factores de riesgo e indicios clínicos que aumentan la inquietud de que un niño pueda padecer un trastorno de comunicación. Los factores de riesgo son comportamientos o hallazgos notables actuales o históricos que sugieren que un niño tiene más riesgo de padecer o desarrollar un trastorno de comunicación. Como más representativos nos encontramos con los siguientes:

Retraso/Anomalías en la adquisición de primeras palabras

Reducido o nulo vocabulario expresivo entre los 18-25 meses; ausencia de palabras aisladas o un vocabulario expresivo menor de 25-50 palabras a los 24 meses; < 50- 100 entre 24-30 meses; < 200 palabras a los 3 años. (por debajo del percentil 10)

Ritmo de adquisición (3/100/400/1000).

Composición vocabulario menos diversa, en particular en lo que se refiere a los verbos.

Irregularidades desarrollo vocálico/sistema fonológico

Inventario de sonidos restringido, con menos de 4-5 consonantes y/o reducción de vocales a los 24-30 meses. Ausencia de balbuceo a los 12-18 meses o retraso en la producción de balbuceo canónico.

Presencia de procesos fonológicos inmaduros o desviados: simplificaciones de estructura silábica, con solo producción de monosílabos o sílabas duplicadas entre los 24-30 meses, reduplicaciones y omisiones consistentes de sílabas a tonas o sílabas iniciales entre los 30-36 meses.

A los 36 meses persistencia de procesos anteriores, oclusivización de fricativas, posteriorización, desnasalización e ininteligibilidad $\geq 50\%$

Lenta e irregular adquisición morfosintáctica

Ausencia de combinaciones de dos palabras a los 24 meses, salvo quizás "frases hechas".

Retraso en la adquisición de primeros morfemas de género y número a los 24-30 meses.

Dificultades en la adquisición de palabras gramaticales a los 30-36 meses (primeros atributos, pronombres posesivos y primeros interrogativos, adverbios de lugar, preposiciones: a, en, de...).

Retraso/Anomalías en la comprensión del lenguaje

Falta de atención al lenguaje de otros.

Falta de respuesta a su nombre después de los 9-12 meses.

Ausencia de identificación receptiva de palabras entre los 12 – 18 meses; $\leq$ de 3 palabras a los 18 meses; $\leq$ de 5-10 palabras a los 24 meses; no responder a ordenes simples acción-objeto o acción-localización a los 30 meses.

Retraso > 6 meses en comprensión

Retraso y/o anomalías en el uso funcional y espontáneo de actos comunicativos preverbales

Ritmo lento de adquisición/uso de gestos naturales. Menor variedad y cantidad. Emplear menos de 6 gestos para comunicar entre los 12-15 meses.

Menor variedad de gestos simbólicos.

Rango limitado de intenciones comunicativas tempranas.

Frecuencia baja de actos comunicativo (<1 por minuto a los 12 meses; <2 por minuto a los 18 meses; <5 por minuto: 24 m).

Señales de insuficiencias en habilidades tempranas de procesamiento auditivo-verbal

Dificultad para localizar sonidos en el espacio.

Desatención auditiva o hipersensibilidad.

Dificultad para discriminar entre sonidos consecutivos y/o para discriminar elementos fonémicos acústicamente similares. En el plano fonológico sustituciones intra o interclase que no reflejan los patrones normales de simplificación del habla infantil.

Dificultades con el procesamiento, representación y recuperación fonológica de las palabras.

Conciencia fonológica deficiente.

Deficiente memoria auditiva de secuencias fonológicas o morfosintácticas (dificultades en tareas de repetición de pseudopalabras y de imitación de frases).

Problemas para el reconocimiento de aspectos temporales de la audición.

Déficit de recuperación léxica.

Dificultades de asociación auditivo-verbal.

Dificultades en el procesamiento rápido de la información auditiva y aumento del tiempo de latencia en la emisión de respuestas a estímulos auditivos.

Dificultad en tareas de cierre gramatical.

Problemas de comprensión del discurso en ambientes ruidosos.

Lenguaje ecológico a partir de 2 -3 años.

Limitaciones uso funcional de objetos y juego simbólico

12-18: No realiza acciones simuladas sobre sí mismo. Ausencia o limitado uso funcional de objetos o uso repetitivo de objetos.

18-24: No realiza acciones de la vida diaria simuladas sobre agentes externos no animados. No secuencia al menos dos acciones en su juego y/o no combina dos juguetes. Juego restringido y repetitivo.

24-30: No agrega animación a los agentes externos. No usa un objeto sustituto de otro, al menos con objetos ambiguos o sin uso claro. No hace secuencias de 2-3 acciones. Juego restringido y repetitivo.

Otros

Preocupación paterna acerca de posibles problemas del lenguaje o audición en sus hijos.

Antecedentes familiares de TEL, TEA o dislexia, sobre todo en parientes de primer grado.

Frecuencia alta de infecciones de oído.

Factores de riesgo perinatales (prematuridad, bajo peso, dificultades en el parto)

Resistencia al tratamiento. Persistencia.

Entorno familiar deprivado o disfuncional.

Problemas relativos al funcionamiento ejecutivo.

6. Recomendaciones

Creemos que en las actividades de promoción y prevención de la salud infantil que realizan los Servicios de Atención primaria, se debe promover aún más la supervisión del desarrollo de la comunicación del niño a los 6, 9, 12, 15, 18, 24 y 36 meses. Por supuesto, también es fundamental considerar la importancia del examen de audición en periodo neonatal y la necesidad de realizar un seguimiento, o derivaciones al especialista en audición, en el caso de otitis recurrentes o de señales de alarma con respecto a la recepción del lenguaje.

Para realizar dicha supervisión, sería conveniente la elaboración de unos cuestionarios con índices de riesgo o de verificación de cumplir criterios de un desarrollo normativo por edades que incluyese distintas recomendaciones de actuación en los casos en los que se registren irregularidades o indicios de riesgo. Estas recomendaciones incluirían desde pautar nuevas visitas de seguimiento hasta la derivación a los servicios especializados para confirmar su diagnóstico e iniciar en su caso, intervención precoz.

Como puntos fundamentales, parece consensuado que es recomendable derivar a un niño al especialista del lenguaje si se registran algunos de los siguientes identificadores de riesgo para trastornos del desarrollo del lenguaje. Habrá que tener en cuenta que no todos tienen el mismo valor pronóstico y que la suma de varios identificadores indicaría un mayor riesgo o necesidad de derivar al niño a para iniciar el proceso de evaluación/intervención del lenguaje:

- » Fallos en la respuesta a los sonidos. Ya desde los 6-9 meses de edad es importante confirmar que el niño responda activamente a las voces de sus familiares y busque con los ojos la fuente de un sonido.
- » Fallos para usar la mirada y la expresión facial para compartir la emoción o la atención de algo que le interesa o algo que le gusta o le disgusta con un adulto familiar, a partir de los 8-9 meses de edad, o con más claridad 9-12 meses. Por ejemplo, no mira al adulto, o solo lo hace fugazmente, cuando logra activar un juguete nuevo, cuando ambos están mirando un juguete novedoso, cuando algo que está haciendo le sale muy bien (por ejemplo, al terminar de hacer una torre de bloques), cuando algo le asusta o cuando sucede algo imprevisto (algo se cae al suelo o suena un sonido imprevisto o el móvil, por ejemplo). Incluye dificultad para localizar objetos señalados por otros/ seguir la mirada de otro y/o usar miradas alternativas objeto-persona para compartir focos de atención conjunta.
- » Reducido empleo de gestos comunicativos, con menos de 6 gestos a los 15 meses (el promedio es de 16 gestos hacia los 16 meses de edad: <https://firstwordsproject.com/>) tales como el gesto de negar lo que no quiere (9 meses), mostrar objetos (10 meses) señalar con el dedo lo que quiere o lo que llama su atención (12-14 meses) , asentir con la cabeza (15 meses), el gesto de “dame”, el gesto de “ven”, el gesto de “¿dónde está?” con las manos alzadas, el gesto de “que mal huele” (tapándose la nariz), el gesto de silencio, el gesto de “no sé”, o el gesto de “espera”, por ejemplo. Entre los 12-18 meses es fundamental valorar el uso variado de gestos dístales y simbólicos con función regulativa, declarativa, de intercambio social y personal (rechazo e inicios acompañamiento de acción).
- » Ausencia de balbuceo y jerga expresiva entre los 12-18 meses y producción de menos de 3-4 consonantes junto a todas las vocales a los 24 meses o producción.

- » Ausencia de palabras aisladas o un vocabulario expresivo menor de 10 palabras entre los 18-20 meses o menor de 50 palabras entre 21-30 meses.
- » Ausencia de combinaciones de dos palabras a los 24 meses.
- » No atender al lenguaje de otros o hacerlo solo inconsistentemente. El padre puede indicar que a veces parece sordo.
- » Irregularidades en la comprensión del lenguaje manifestada en alguno de estos patrones:
 - Falta de respuesta a su nombre después de los 9-12 meses.
 - Ausencia de identificación receptiva de palabras entre los 12-18 meses; $\leq$ de 3 palabras a los 18 meses; $\leq$ de 5-10 palabras a los 24 meses;
 - No responder a órdenes simples acción-objeto o acción-localización entre los 24-30 meses.
 - Retraso mayor de 6 meses en comprensión.

El riesgo es mayor si estos criterios se acompañan de:

- Antecedentes familiares de TEL, TEA o dislexia, sobre todo en parientes de primer grado.
- Frecuencia alta de infecciones de oído.
- Factores de riesgo perinatales (prematuridad, bajo peso, dificultades en el parto).
- Entorno familiar deprivado o disfuncional.
- Problemas de autorregulación personal (atención mantenida insuficiente, impulsividad, inquietud motora, etc.) o dificultades de coordinación motora.

Como resumen, podemos recomendar que debemos derivar a un niño al especialista en lenguaje cuando:

- » Usa menos de 10 palabras 18-20 meses, o menos de 50 palabras entre 21-30 meses. No comienza a combinar dos palabras a los 24 meses.
- » Reduce la estructura silábica de la palabra a CV o a duplicadas entre 24-30 meses, con un inventario de sonidos restringido, con menos de 4-5 consonantes y/o reducción de vocales.
- » Débil atención al lenguaje o problemas de comprensión. No responde a órdenes “dame x”, “ponlo en x”, “dáselo a x” a los 24 meses.
- » Emplea menos de 6 gestos para comunicar entre los 12-25 meses.
- » No responde a dónde/localización señalando el objeto por el que se pregunta entre los 18-24 meses.

Recomendaciones para la intervención

- » Niños entre 18-24/30 meses que solo muestran dificultades en el área expresiva del lenguaje oral (Ø problemas comprensión y comunicación no-verbal u otros factores de riesgo):

VIGILANCIA ACTIVA que incluya:

- Orientación familiar/Estimulación en entornos naturales.
- Seguimiento a los 6 meses e inclusión en terapia del lenguaje si los problemas persisten.

** Atención especial a irregularidades o perfiles expresivos atípicos que quizás nos lleven a considerar seguimiento a los 3 meses.*

- » Niños entre 18-24/30 meses con retraso en lenguaje expresivo y receptivo o con múltiples factores de riesgo:

INTERVENCIÓN DEL LENGUAJE que incluya:

- Intervención temprana directa con sesiones individuales o en grupo de 2-3 niños.
 - Orientación familiar.
 - Coordinación con centro educativo.
- » Si un niño menor de 3 años sufre una regresión en sus habilidades de comunicación u otras habilidades del desarrollo, se recomienda que el niño reciba una evaluación médica detallada (neuropediatría, audición), además de la evaluación de un psicólogo especializado y de un logopeda.
 - » A partir de los 3 años, todo niño que presenta desviaciones en su lenguaje que superen los 12 meses de diferencia con respecto a su grupo de edad, en cualquiera de las dimensiones del lenguaje, debe ser considerado para acudir a intervención del lenguaje.

Entre los 2 años y 6 meses y los 4 años, podemos considerar como criterios de riesgo, los siguientes:

2 años y 6 meses

- Vocabulario menor a 50-100 palabras. (A esta edad se estima un vocabulario medio entre 200-500 palabras).
- Solo produce 4 o 5 consonantes y/o limitada variedad de vocales. Ausencia de alguna vocal.
- La mayoría de sus emisiones no se le entienden, ininteligible en una proporción mayor del 70%. Empleo de procesos fonológicos atípicos, por ejemplo, posteriorización en ausencia de procesos de asimilación (kaza/taza).
- Estructura silábica reducida a monosílabos (CV) o a sílabas duplicadas.
- CVCV con producción limitada de vocales.
- Ausencia de combinaciones de dos palabras.
- Repite demasiado lo que se le dice, es ecológico.
- No hace preguntas mediante variaciones tonales.
- Es incapaz de comprender órdenes verbales simples o de responder a palabras de nombres de objetos sin claves contextuales o visuales presentes. A esta edad debería de ser capaz de relacionar dos objetos entre sí, como por ejemplo: "pon el cubo en la taza".
- Dificultades para dar y pedir información conforme a las necesidades del receptor o del contexto. Débil motivación por compartir estados mentales (deseos, intenciones, emociones...)

3 años

- El habla es ininteligible en una proporción mayor que el 50-60%.
- Repertorio fonético limitado a 5-6 fonemas. Estructura silábica reducida a CV, reduplicaciones CVCV y a VCV, con ausencia o muy baja producción de bisílabas. No imita bisílabas.
- Empleo de procesos fonológicos de simplificación de la palabra inusuales con respecto al desarrollo normal y/o empleados de forma más persistente. Inestabilidad fonética y sobreutilización de homónimos. Principales procesos zona de gravedad (ver cuadro): Supresión de sílabas iniciales, Reduplicaciones, Posteriorización, Reducción de la gama de fricativas a /f/ y /z/, Desnasalización, Oclusivización de fricativas.
- Dificultades o limitaciones en la elaboración de emisiones de dos elementos, ausencia de tres elementos.

- *No usa palabras descriptivas (adjetivos) o pronombres (yo/tu, mi/mío/tuyo).*
- *No hace preguntas con el pronombre interrogativo “qué” referidas a objeto (¿qué es esto?) y/o con el pronombre “dónde” referidas a la localización de objetos (¿dónde está?).*
- *No sabe contar o informar sobre lo que está haciendo o lo que acaba de hacer (acontecimientos presentes o pasado inmediato).*
- *Limitada comprensión. No identifica objetos por su uso (“¿con qué cortamos?”. No sigue consignas referidas a una acción – dos objetos (“Busca las zapatillas y el peine” “Mete el coche en la bolsa”).*
- *Ansiedad de los padres ante la presencia/aparición de un periodo de disfluencia en el niño.*

4 años

- *No produce correctamente la mayoría de los sonidos del sistema fonológico, su habla no es inteligible al menos en una proporción del 80%. A esta edad es normal que pueda cometer errores con algunos sonidos complicados como /z/, /d/ medial, /s/, /ch/, /f/ o /rr/, que no produzca la mayor parte de los grupos consonánticos y/o que distorsione algunas palabras multisilábicas, sin embargo, a los 4 años, lo fundamental del sistema fonológico debe estar adquirido y el grado de inteligibilidad debe ser casi del 100% (93%).*
- *Usa únicamente oraciones de tres palabras o menos.*
- *Omite algunas palabras de sus frases, como las preposiciones, pronombres, artículos o las formas verbales.*
- *Su vocabulario es muy reducido y a menudo usa términos genéricos (“este”) o cambia una palabra por otra aunque sepa su significado.*
- *No responde a preguntas con los siguientes casos semánticos: qué? (objeto), qué (acción), dónde? (localización); referidas a historias familiares simples.*
- *Serías dificultades para hacer comentarios acerca del pasado y futuro inmediato referido a sí mismo o a otros (contar lo que ha hecho en el colegio al salir, por ejemplo).*
- *Dificultades para llevar a cabo órdenes verbales simples. Comprensión por debajo de su edad, 6 meses o más de diferencia con respecto a su grupo.*

Por otra parte, consideramos esencial que se priorice la formación de profesionales de escuelas infantiles y de los padres acerca del desarrollo normativo del lenguaje y la comunicación, así como de estrategias y actividades de estimulación del lenguaje en el niño. Las escuelas infantiles deberían contar con inventarios y hojas de registro que les ayudasen a detectar de forma precoz los trastornos de la comunicación, así como con programas de optimización-estimulación del lenguaje que incluyan la orientación de especialistas en los casos en que se detecten irregularidades.

7. Bibliografía

- **Aguado, G. et al.:** Documento de consenso elaborado por el comité de expertos en TEL sobre el diagnóstico del trastorno. Rev. de Logopedia, Foniatría y Audiología (2015).
- **Alonso Aguilar-Valera, J. (2017)** Trastornos de la comunicación desde el DSM-V La necesidad de diagnósticos diferenciales. Cuadernos de Neuropsicología- Panamerican Journal of Neuropsychology VOLUMEN 11. NÚMERO 1. ENE-ABR 2017. DOI: 10.7714/CNPS/11.1.401
- **American Psychiatry Association.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.ª ed. (2014) Madrid: Editorial Panamericana.
- **Artigas-Pallarés, J., Guitart, M. y Gabau-Vila, E. (2013).** Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. Revista de Neurología Española, 56(1), 23-34.
- **Artigas-Pallarés, J. y Narbona, J. (2011).** Trastornos del neurodesarrollo. Madrid: Viguera
- **Artigas-Pallarés, J., Guitart, M. y Gabau-Vila, E. (2013).** Bases genéticas de los trastornos del neurodesarrollo. Revista de Neurología Española, 56(1), 23-34.
- **Bishop DV (2014)** Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *Int J Lang Commun Disord.* 2014; 49(4):381-415. doi:10.1111/1460-6984.12101
- **Bishop DV. (2017)** Why is it so hard to reach agreement on terminology? The case of developmental language disorder (2017) University of Oxford, Oxford, UK (Received February 2017; accepted June 2017 INT J LANG COMMUN DISORD, NOVEMBER–DECEMBER 2017, VOL. 52, NO. 6, 671–680
- **Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T. and THE CATALISE CONSORTIUM, 2017, CATALISE:** a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development. Phase 2. Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58, 1068–1080.
- **Bishop D.V. (2020):** “Changing terminology for children's language disorders: reflections on special issue of Perspectives of the ASHA Special Interest Groups”, 2020. <http://deevybee.blogspot.com/2020/02/changing-terminology-for-childrens.html>
- **Ghandour, Hassan et al. (2018)** “Associated comorbidities of specific language impairment.” *Benha Medical Journal* 35): 115 - 121.
- **Hill, Elisabeth. (2001).** Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International journal of language & communication disorders / Royal College of Speech & Language Therapists.* 36. 149-71. 10.1080/13682820010019874.
- **Leonard, LB (2020).** Una historia de 200 años del estudio de los trastornos del lenguaje infantil de origen desconocido: cambios en la terminología. *Perspectivas de los grupos de interés especial de ASHA*, 5 (1), 6-11. doi: https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-SIG1-2019-0007.
- **Martos J. (2016)** Ponencia: Diferencias y similitudes entre TEA y TEL. *Aspectos para un diagnóstico diferencial y reflexiones sobre detección temprana TEA/TEL, evaluación del trastorno e implicaciones para la intervención.* Abril de 2016. Pamplona.
- **Norbury CF (2014).** Practitioner review: Social (pragmatic) communication disorder conceptualization, evidence and clinical implications. *J Child Psychol Psychiatry.* 2014; 55(3):204-216. doi:10.1111/jcpp.12154.

- **Reilly S, Bishop DV, Tomblin B. (2014)** Terminological debate over language impairment in children: forward movement and sticking points. *Int J Lang Commun Disord.* 2014; 49(4):452-462. doi:10.1111/1460-6984.12111.
- **Swineford, Laurie & Thurm, Audrey & Baird, Gillian & Wetherby, Amy & Swedo, Susan. (2014).** Social (pragmatic) communication disorder: A research review of this new DSM-5 diagnostic category. *Journal of neurodevelopmental disorders.* 6. 41.
- **Taylor LJ, Maybery MT, Grayndler L, Whitehouse AJ. (2014)** Evidence for distinct cognitive profiles in autism spectrum disorders and specific language impairment. *J Autism Dev Disord.* 2014; 44(1):19-30. doi:10.1007/s10803-013-1847-2
- **Whitehouse, Shelton, Ing, & Newnham, (2014)** Prenatal, perinatal, and neonatal risk factors for Specific Language Impairment: A prospective pregnancy cohort study. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 57 (4), 1418-1427.