



Viernes 13 de febrero de 2009

**Taller:
“Trastornos específicos
del lenguaje”**

Moderadora:

Concha Moliner Robledo

Pediatra. CS Segre. Madrid.

Ponentes/monitore:

- Carlos Gallego López
Universidad Complutense de Madrid.
- Francisco Rodríguez-Santos
Universidad Autónoma de Madrid.

**Textos disponibles en
www.aepap.org**

¿Cómo citar este artículo?

Gallego López C, Rodríguez-Santos F. Trastornos específicos del lenguaje. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 239-48.

Trastornos específicos del lenguaje

Carlos Gallego López

Universidad Complutense de Madrid.

cgallego@psi.ucm.es

Francisco Rodríguez-Santos

Universidad Autónoma de Madrid.

frodriguez@correo.cop.es

RESUMEN

Los trastornos en el desarrollo del lenguaje pueden aparecer como consecuencia de déficits más generales de tipo cognitivo o sensorial, de falta de estimulación y aislamiento social o de lesiones neurológicas evidentes, pero también como déficits específicos. Entre los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje el prototípico y principal es el TEL (trastorno específico del lenguaje) con sus subtipos clínicos, expresivo o mixto; pero también pueden aparecer retrasos de lenguaje o trastornos fonológicos. Durante el desarrollo infantil pueden aparecer también trastornos de la comunicación como tartamudez o mutismos que pueden ser igualmente objeto de consulta pediátrica. En cualquier caso, todos los trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación en la edad infantil tienen consecuencias graves para el desarrollo cognitivo y social del niño/a, por lo que resulta crucial su detección e intervención precoz. Más aún cuando la precocidad en la intervención determinará en gran medida la eficacia y éxito del tratamiento. En el texto se proporcionan las características y claves diagnósticas principales de los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje, así como estrategias e indicaciones sobre su evaluación, pronóstico y orientaciones para los padres.

Aunque los estudios epidemiológicos son considerablemente variables y poco precisos, se estima que los problemas o dificultades en el

desarrollo del lenguaje entre la población infantil considerada *a priori* "en la norma" afectan a un 10% de los niños/as. A su vez, en torno a un 25% de este grupo, puede estimarse que un 2,5% del total, desarrollará problemas específicos en el lenguaje de diversa naturaleza que requerirán tratamiento especializado.

Es sabido que estos problemas de lenguaje afectarán al desarrollo general del niño, influyendo negativamente en su evolución social al dificultar la comunicación y su funcionamiento cognitivo, lo que generará problemas de adaptación que a su vez podrán originar graves problemas conductuales.

Por otra parte, el desarrollo del lenguaje depende críticamente de la plasticidad cerebral y la maduración neurológica, por lo que los momentos iniciales de la vida son cruciales para su adquisición.

Todo ello hace decisiva la intervención temprana. La detección precoz correcta de los trastornos del lenguaje, su diagnóstico preciso, unas adecuadas orientaciones y pautas de actuación para los padres y, en su caso, una intervención precoz del logopeda u otros especialistas son críticos para un tratamiento adecuado del problema.

LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Las alteraciones en el desarrollo del lenguaje pueden deberse a múltiples causas:

- I. En primer lugar, pueden formar parte de un **déficit cognitivo** más amplio como ocurre en el caso de la discapacidad intelectual, el autismo in-

fantil primario y otros trastornos generalizados del desarrollo (TGD).

2. Pueden ser debidos a una privación de estimulación como consecuencia de un **déficit sensorial**, como es el caso de las sorderas e hipoacusias, o polisensorial como en la sordoceguera.
3. Los contextos sociales inadecuados pueden producir también retrasos de lenguaje debidos a **falta de estimulación** o distorsiones, como en el caso de trastornos asociados a contextos multiculturales o plurilingüismo.
4. Finalmente, hay un conjunto de trastornos para los que no existe una causa específica evidente. Durante muchos años se han definido por exclusión: cuando se produce una alteración en el desarrollo del lenguaje sin que exista déficit sensorial o motor; déficit intelectual, lesión neurológica o falta de estimulación social, es decir cuando el niño/a muestra un retraso y distorsión en el desarrollo del lenguaje y no es sordo, deficiente mental o autista y se desarrolla en un entorno sociocultural adecuado. La causa más probable de estos trastornos es una disfunción neurológica de algún tipo, pero no hay evidencia concluyente. También parecen intervenir factores genéticos como ponen de manifiesto algunos estudios.

El trastorno prototípico de esta clase es el TEL (trastorno específico del lenguaje), al que también se denomina más tradicionalmente disfasia funcional. Dentro de esta categoría también se incluyen el retraso simple del lenguaje y los trastornos de este tipo que afectan espe-

Tabla I. Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación

Déficits específicos	• Retraso de lenguaje/TEL, disfasia; dislalia fonológica/dislalia fonética
Déficits cognitivos	• Discapacidad intelectual/autismo y otros trastornos generalizados del desarrollo
Déficits sensoriales	• Sorderas e hipoacusias; déficit visual; sordocegueras
Déficits sociales	• Trastornos del lenguaje por privación social, dificultades del lenguaje asociadas a contextos multiculturales y plurilingüismo

cíficamente a la articulación, como la dislalia fonológica o el retraso fonológico (tabla I).

TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE (F80 CIE-10. TRASTORNOS ESPECÍFICOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE)

Como se dijo anteriormente el trastorno principal de esta categoría es el trastorno específico del lenguaje (TEL)¹⁻³, conocido tradicionalmente como disfasia funcional infantil. Se trata de niños/as que se desarrollan normalmente en todos los aspectos excepto en lenguaje. El diagnóstico se hace por exclusión de causas neurológicas, sensoriales, motoras, sociales o intelectuales que puedan explicar el trastorno. El criterio diagnóstico básico es que las producciones lingüísticas estén por debajo de las esperadas para su edad con lenguaje distorsionado y la impresión de desarrollo normal en otras áreas.

Aunque la variabilidad intersujeto es enorme, sus características diagnósticas específicas son:

- Lenguaje característico.
- Léxico reducido y heterogéneo.
- Morfosintaxis significativamente alterada.
- Agramatismos masivos, errores de inmadurez en estructuras intencionalmente largas y complejas.
- Omisiones de palabras funcionales y auxiliares.
- Errores de concordancia.
- No sobrerregularizaciones.
- Omisión de constituyentes.
- Graves dificultades para narrar.

Otras consideraciones para el diagnóstico:

- Las dificultades morfosintácticas pueden aparecer asociadas o no a trastornos fonológicos. Con frecuencia lo están y las palabras que emplean están mal articuladas.
- Las habilidades de comprensión son siempre superiores a las de producción, pero incluso en los casos en que la comprensión es buena está afectada de alguna manera, particularmente la comprensión de enunciados.
- Puede existir déficit de memoria. En algunos casos (no en todos) resultan muy características las dificultades anómicas, dificultades en la evocación de palabras muy conocidas.
- Puede aparecer como un déficit exclusiva y específicamente lingüístico ("TEL"), pero los casos puros son raros. Más frecuentemente aparece asociado a algún problema psicológico, social o educativo (déficit atencional, hiperactividad, labilidad emocional, leves déficits cognitivos de naturaleza más general). El criterio para mantener el diagnóstico es que las dificultades de lenguaje sean significativamente mayores que las esperadas de acuerdo con el déficit cognitivo y este no sea lo suficientemente amplio para ser determinante.

Subtipos clínicos

- Disfasia funcional expresiva (F80.1 CIE-10. Trastorno del lenguaje expresivo, 315.31 DSM-IV-TR)

El trastorno afecta esencialmente a la producción o expresión lingüística. La comprensión es en general buena. Existen solo problemas en la comprensión de enunciados concretos que requieren un procesamiento sintáctico específico y cuya estructura no mantiene el orden canónico S-V-P (tales como pasivas reversibles u ora-

ciones de complemento focalizado, ej.: María es besada por Juan. Al perro le persigue el gato). Estos problemas de comprensión solo se observan con pruebas de evaluación específicas.

- Disfasia funcional receptiva o mixta (F80.2 CIE 10. Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, 315.31 DSM-IV-TR9)

El trastorno afecta decisivamente a la comprensión y, por tanto, también a la producción. Los problemas de comprensión se observan en el intercambio comunicativo común.

TRASTORNOS RELACIONADOS

Retraso simple de lenguaje (RL)

Se entiende que existe retraso simple del lenguaje cuando existe un retraso en el desarrollo del lenguaje con respecto a la edad cronológica:

- Las producciones lingüísticas están por debajo de las esperadas para su edad pero no puede hablarse propiamente de lenguaje distorsionado.

- El trastorno es siempre expresivo, no hay afectación de la comprensión.
- La afectación es más homogénea entre componentes y con otras habilidades.
- El lenguaje es en general inmaduro y es más comparable al de un niño de menor edad, desarrollándose más normalmente que en el caso del TEL.
- Los enunciados con errores son inmaduros y cortos, no intencionalmente largos y complejos.
- Las pocas palabras existentes están mal articuladas.

Como criterio diferenciador principal entre el RL y el TEL debe considerarse la discrepancia entre la complejidad morfosintáctica de los enunciados y el tipo/cantidad de errores. En el RL los errores aparecen en enunciados simples mientras que en el TEL los errores pueden aparecer en enunciados intencionalmente complejos. Las diferencias específicas entre ambos pueden verse en la tabla II.

Tabla II. Criterios diagnósticos diferenciales entre retraso simple del lenguaje (RL) y trastorno específico del lenguaje (TEL)

Retraso simple	Trastorno específico del lenguaje
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo alterado. • Evolución lenta. • Lenguaje distorsionado. • Agramatismos masivos. • Dificultad nexos, flexiones... • Puede haber trastorno de articulación. • Persistencia procesos de simplificación. • Dificultad discriminación de sonidos. • Léxico heterogéneo, circunloquios, anomia. • Dificultad para narrar. • Lenguaje unido al gesto. • Dificultad para ajustarse al interlocutor. • Problemas de comprensión resistente a la estimulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo más lento que la norma. • Evolución rápida con estimulación adecuada. • Lenguaje inmaduro. • Errores gramaticales en enunciados inmaduros. • Frases sencillas. • Trastornos de articulación. • Léxico escaso. • Déficit de vocabulario expresivo. • Pobreza expresión del significado. • Gestos sustitutivos del lenguaje oral. • Poca iniciativa conversacional. • Problema de producción: <ul style="list-style-type: none"> – Evolución rápida. – Mejor respuesta a la intervención. – Afectación más homogénea. – Terminan por acercarse al nivel esperado en torno a los 6 años.

Dislalias

Se conoce como dislalias o dislalias funcionales a los trastornos evolutivos de la articulación que no se deben a lesiones o alteraciones neurológicas evidentes (disartrias), malformaciones anatómicas (disglosias), sordera (dislalia audiógena) o déficit intelectual. En ellas la alteración del desarrollo del lenguaje se restringe a la articulación, si bien pueden aparecer aisladas o formando parte del TEL o el RL. Se distingue entre dislalia fonológica y dislalia fonética.

Dislalia fonológica (F80.0 CIE-10. Trastorno fonológico, 315.39 DSM-IV-TR)

La dislalia fonológica es un trastorno caracterizado por errores de articulación intermitentes que pueden afectar a amplias clases de sonidos y que pueden mejorar significativamente en repetición, cuando se da un modelo a imitar. Se trata de una alteración en la adquisición de los procesos fonológicos. Se dan también dificultades de discriminación auditiva. De la misma manera que se distingue entre TEL y RL cuando la afectación del lenguaje es general, se puede distinguir entre dislalia fonológica y retraso fonológico, aunque en este caso la distinción es aún más difusa.

Dislalia fonética

La dislalia fonética es por el contrario una alteración en la realización de los sonidos, en la ejecución de los sonidos por los articuladores. No hay afectación de procesos. No existe problema de discriminación auditiva, los errores son constantes y afectan a sonidos concretos o a grupos de sonidos concretos. La ejecución no se beneficia de la presencia de un modelo a imitar y, por tanto, no mejoran espontáneamente en repetición. Las dislalias fonéticas se conocen tradicionalmente por el nombre de los sonidos que se ven afectados. Las más comunes son el rotacismo (problemas con el sonido vibrante múltiple /rr/) y el sigmatismo (sonido /s/).

Para caracterizar las dislalias es necesario analizar los

errores de articulación (omisiones, adiciones, sustituciones y distorsiones) en relación con los sonidos a los que afectan. En el caso de la dislalia fonológica es preciso además analizar los procesos de simplificación fonológica (asimilatorios, sustitutorios, relativos a la estructura silábica) anómalos.

CATEGORIZACIÓN NEUROPSICOLÓGICA DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL LENGUAJE

Existe una clasificación alternativa a los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje basada en las clasificaciones neuropsicológicas de los trastornos del lenguaje adulto que está tomando bastante relevancia en los últimos tiempos, sobre todo por incluir algunos niños que no encajan claramente en la anterior, como es el trastorno semántico-pragmático que incluye a niños TEL que presentan rasgos autistas o la distinción entre el trastorno léxico-sintáctico y el fonológico-sintáctico que permite distinguir entre los niños TEL que presentan, junto con las dificultades morfosintácticas, rasgos anómicos en el primer caso y dislalia fonológica en el segundo. La clasificación se resume en la tabla III.

TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

Junto a los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje es importante también considerar algunos trastornos de la comunicación que pueden presentarse con frecuencia en la clínica pediátrica por ser de aparición temprana.

El más importante de ellos por su frecuencia y prevalencia es la tartamudez⁴ (F98.5 CIE 10. Tartamudeo. 307.01 DSM IV-TR). La tartamudez es un trastorno de la fluidez del habla (tasa, ritmo, flujo) caracterizado por prolongaciones de sonidos, repeticiones de sonidos y sílabas, y bloqueos o silencios tensos. Las repeticiones se producen típicamente en los sonidos y sílabas iniciales y tónicas, en las consonantes más que en las vocales y preferentemente en las oclusivas (p, t, k, b, d, g). Los bloqueos o silencios tensos son obstrucciones en el flujo del habla que se dan preferentemente ante oclusivas

Tabla III. Clasificación neuropsicológica de los trastornos del desarrollo del lenguaje

Tipos TEL	Expresión	Comprensión	Denominación	Repetición	Sintaxis
Programación fonológica	Cierta fluidez Articulación confusa	Normal o casi normal	Dificultad articulación	Dificultades, mejor que espontáneo	Enunciados casi ininteligibles
Dispraxia verbal	Grave afectación hasta incapacidad	Normal o casi normal	Alterada	Grave afectación hasta incapacidad	Reducida a 1-2 palabras
Fonológico-sintáctico	Muy alterada	Alterada, pero mejor que expresión	Alterada	Alterada por articulación	Muy alterada
Agnosia auditivo-verbal	Ausente o palabras sueltas	Grave afectación o ausente	Muy alterada	Muy alterada	Ausente
Semántico-pragmático	Fluida Incoherencia discurso	Grandes problemas	Alterada	Normal	Normal
Léxico-sintáctico	Fluidez, anomia, perifrasis	Normal palabras sueltas, no enunciados	Muy alterada	Normal	Muy dificultosa

iniciales o fricativas seguidas de “disparo” (s, f, z). A su vez, las prolongaciones de segmentos de sonidos se dan preferentemente en las sílabas iniciales y tónicas y en las vocales.

También aparecen síntomas secundarios, como omisiones de sílabas o sonidos finales, interposiciones de sonidos, revisiones, circunloquios, repetición de palabras o frases. Todo lo cual redundará en una baja tasa de habla. Además, las alteraciones del habla van acompañadas de un estado emocional de tensión o excitación, movimientos anormales de la musculatura fonoarticulatoria, alteración de la tasa respiratoria, movimientos anormales de la musculatura facial y extremidades y desajustes en la conducta comunicativa social.

Existe un problema importante con respecto al tratamiento de la tartamudez infantil como consecuencia de su aparición temprana. Primero, la verdadera tartamudez puede a veces confundirse con la denominada tartamudez evolutiva, una etapa de la adquisición normal del lenguaje caracterizada por repeticiones, dudas y vacilaciones. Segundo, la tartamudez remite a veces espontáneamente durante periodos breves o más o menos prolongados e incluso definitivamente. Durante mucho tiempo se ha pensado que intervenir en la tartamudez temprana podría agravar el trastorno, consoli-

darlo e incluso crearlo donde no lo había. Sin embargo, no intervenir en ella en los casos de verdadera tartamudez persistente puede dificultar o impedir su recuperación en el futuro.

Ante esta problemática la posición actual es la siguiente. Se considera que un niño requiere tratamiento si cumple los siguientes criterios diagnósticos:

- Repeticiones de partes de palabras y prolongaciones en el 5% del total del habla.
- Esfuerzo evidente para producir la palabra.
- Prolongaciones que supongan el 25% de las faltas de fluidez totales.
- Movimientos asociados al habla.
- Signos observables de reacciones negativas hacia el habla.
- Signos de evitación de hablar.
- Preocupación o ansiedad de los padres.

En todo caso, el tratamiento en niños será siempre

no invasivo o no directivo con objeto de no agravar el problema, por ejemplo, se empleará habla lenta o prolongada para tratar el problema de habla y no habla silabeada o técnicas análogas. Si no se cumplen los criterios diagnósticos se darán orientaciones a los padres para favorecer la comunicación y la relajación en las situaciones de habla facilitando y reforzando esta y retirando la atención de las dificultades de habla.

Mutismos e inhibiciones

Existe una gama de alteraciones en la comunicación de diversa índole que puede ir desde inhibiciones leves del lenguaje causadas por timidez o falta de asertividad a graves ausencias de lenguaje, consecuencia de trastornos mentales graves o de trastornos de conducta.

Todos ellos reúnen una característica común: son problemas de comunicación en los que el lenguaje está formalmente intacto y bien desarrollado. Se tiene pero no se usa.

A título de ejemplo de ellos puede mencionarse el mutismo selectivo⁵. Este es un trastorno grave de la comunicación consistente en la ausencia total y persistente del lenguaje oral en determinadas circunstancias o ante personas concretas en niños que ya han adquirido el lenguaje normalmente y sí hablan en otras circunstancias. Su diagnóstico requiere la exclusión de otros trastornos psicológicos, hipoacusias, retrasos de lenguaje o deficiencia mental; que el lenguaje esté ya adquirido y haya un periodo mínimo de persistencia: 6 meses. La comprensión y comunicación no están afectadas. El niño/a se hace comprender, comprende y se comunica de forma no oral en todos los contextos de su vida cotidiana.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO

En la determinación de los trastornos del desarrollo en general, las guías de buenas prácticas indican una evaluación en varios niveles. En el primer nivel, propio de la Atención Primaria o Temprana, se plantea un cribado de la presencia de un posible trastorno⁶. Se considera que un niño está presentando un desarrollo anormal si

se dan las siguientes alteraciones o retrasos:

- Ausencia de balbuceo, señalar con el dedo u otros gestos a los 12 m.
- Ausencia de palabras sencillas a los 18 m.
- Ausencia de frases espontáneas de dos palabras (no ecológicas) a los 24 m.
- Cualquier pérdida de lenguaje o habilidades sociales a cualquier edad.

Como puede observarse, la mayor parte de los indicadores de un trastorno del desarrollo corresponden al área del lenguaje al ser este uno de los ámbitos más sensibles a la presencia de varios tipos distintos de discapacidad (cognitiva, sensorial, motora...) además del trastorno específico del lenguaje. En este primer nivel, los procedimientos más adecuados son la utilización de entrevistas o cuestionarios junto con la exploración del niño.

En un segundo nivel, cuando se sospecha alguna dificultad en el desarrollo del lenguaje, puede aplicarse una evaluación más específica, también en el ámbito de la Atención Primaria o Temprana. Existen diferentes indicadores de presencia de trastorno específicamente del lenguaje, incluidos en los manuales generales de Pediatría.

No es posible hacer un diagnóstico preciso en 10-15 minutos de entrevista con los padres con presencia o no del niño. Sin embargo, puede obtenerse una impresión diagnóstica para aconsejar remitir o no al especialista logopeda y orientar a los padres. Para considerar si existe un trastorno debe tenerse en cuenta:

- El niño debe mostrar un retraso apreciable en su desarrollo del lenguaje. Esta es condición necesaria pero no suficiente. Hay que tener en cuenta la enorme variabilidad intersujeto que se da en el proceso de adquisición del lenguaje. Si bien pueden establecerse unos hitos: balbuceo a los 6 meses, primeras palabras al final del primer año, enunciados de dos elementos a los 2

años, etc., estos son solo orientativos.

- El lenguaje del niño debe ser no funcional, afectando a sus posibilidades de comunicación.
- Si el retraso o las dificultades son de comprensión y no hay déficit auditivo, debe remitirse siempre al especialista.
- Observar si existen alteraciones fonológicas en la articulación: si las palabras son ininteligibles más allá de la inmadurez articulatoria propia de su edad de desarrollo.
- Observar si existen dificultades para nombrar.
- Observar si existen dificultades para repetir de manera inmediata series cortas de sílabas o pseudopalabras sencillas.
- Observar si hay heterogeneidad en el desarrollo del lenguaje.
- El niño da la impresión de haberse detenido en su desarrollo del lenguaje.
- Los trastornos del desarrollo del lenguaje aparecen con mayor probabilidad en niños que en niñas en una proporción de cuatro a uno.
- Si hay antecedentes familiares de problemas de lenguaje las probabilidades de que exista un trastorno se incrementan.

Si existen indicios de que se trata de un RL y especialmente de un TEL o dislalia fonológica, o de una dislalia fonética, el caso debe remitirse al especialista logopeda para su evaluación e intervención. No importa que el niño sea muy pequeño, cuanto antes se intervenga más eficaz será la intervención. En caso contrario, es necesario explicar a los padres la alta variabilidad que existe en la adquisición del lenguaje y darles pautas para interactuar con el niño y favorecer la comunicación.

En cuanto a procedimiento de *screening*, es recomen-

dable un instrumento baremado en España, que es de distribución libre y que resulta de utilidad en cuanto a su sencillez de aplicación en un entorno de consulta médica. Se trata del test de crecimiento psicológico (TCP) Kreceplus, dentro del proyecto enKid, que ha sido desarrollado expresamente para pediatras⁷. Al contrario de otros test de desarrollo más antiguos, el TCP incluye un modelo más novedoso de desarrollo, en distintos ámbitos (motor-postural, cognitivo, afectivo-emocional, social-adaptativo y comunicativo-lingüístico). Por lo que se refiere a los aspectos comunicativos lingüísticos, se consideran las siguientes variables de evaluación:

- Procesos comunicativos.
- Lenguaje comprensivo y expresivo.
- Habilidades comunicativo-lingüísticas en situaciones de la vida diaria.
- Habla.

El procedimiento de evaluación se realiza a través de exploración y entrevista, y proporciona una puntuación Pc (5 ó 10), por debajo de la cual puede sospecharse la presencia de un trastorno específico del lenguaje que requiere su derivación a un especialista.

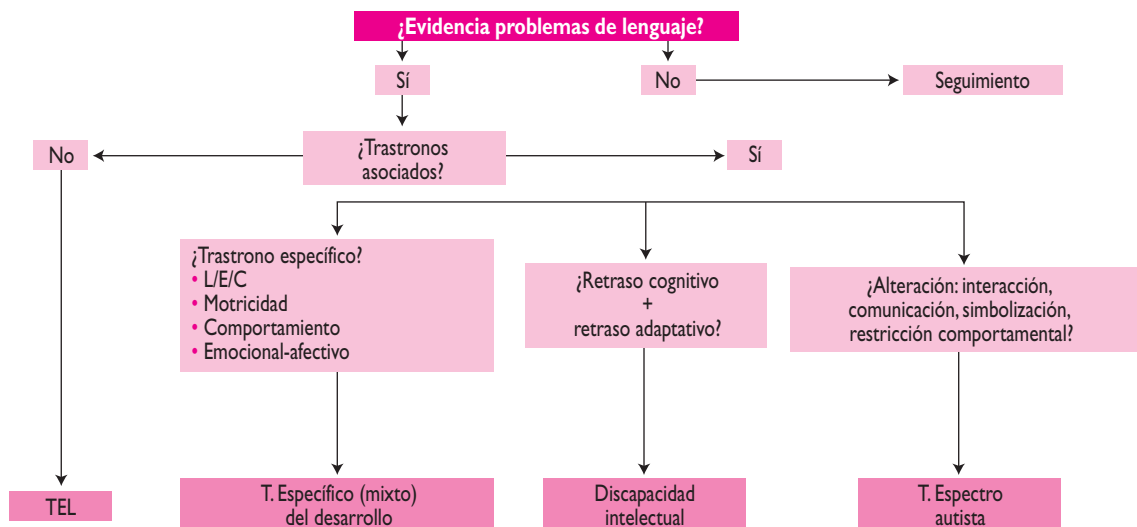
Los ítems que incluye el apartado de desarrollo del lenguaje del TCP, para cada una de las edades de referencia se muestran en la tabla IV.

En el tercer nivel de análisis, cuando hay una certeza importante de trastorno del desarrollo del lenguaje, hay que realizar una evaluación con mayor profundidad por parte de un psicólogo infantil, que incluye la utilización de procedimientos más amplios que contemplan no solo aspectos de lenguaje, sino que suponen descartar otros trastornos semejantes. Una vez descartada la presencia de un trastorno que abarque más allá de los aspectos lingüísticos (figura 1), posteriormente, el psicólogo infantil podrá derivar a la familia a un logopeda para la concreción de un diagnóstico del lenguaje más preciso, y la necesidad de realizar una intervención en

Tabla IV. Ítems de evaluación comunicativo-lingüística del TCP

2 años	<ul style="list-style-type: none"> Disfruta jugando al cucú-tras u otros parecidos. Usa el dedo índice para mostrar algo y compartirlo. Sigue órdenes verbales que implican dos acciones (coger algo y colocarlo en...). Identifica tamaños grande/pequeño.
3 años	<ul style="list-style-type: none"> Al mirar láminas e imágenes las nombra y comenta brevemente. Utiliza el plural terminado en "s" (casas, perros). Le gusta contestar al teléfono.
4 años	<ul style="list-style-type: none"> Juega a imitar sonidos de animales. Interviene en una conversación. Cuenta la película que ha visto en la TV. Le gusta que le lean cuentos y toma parte activa en la narración.
5 años	<ul style="list-style-type: none"> Define adecuadamente lo que es una pelota. Identifica semejanzas entre un piano y un violín. Comunica oralmente sus intenciones y deseos. Interviene en una conversación. Cuenta la película que ha visto en la televisión.
6-7 años	<ul style="list-style-type: none"> Sabe contar historias sencillas cuando tiene los dibujos delante. Tiene un vocabulario abundante y se explica bien. En sus frases emplea partículas como: sin embargo, pero, según. Comprende un texto que lee en silencio.
8-9 años	<ul style="list-style-type: none"> Comprende la ironía, los chistes y el doble sentido. Comienza a manifestar interés por la novela. Se comunica con amigos por teléfono. Lee para aprender, informarse o distraerse.
10-11 años	<ul style="list-style-type: none"> Articula correctamente todos los fonemas. Tiene un vocabulario abundante y se explica bien. Lee un cuento corto de principio a fin. Se comunica con amigos por teléfono, e-mail.
12-14 años	<ul style="list-style-type: none"> El debate y la discusión le estimulan. Manifiesta interés por la novela. Le gusta leer y escribir.

Figura I. Algoritmo diagnóstico de los trastornos del lenguaje (DSM-IV)



este ámbito.

La evaluación y diagnóstico de los trastornos específicos del desarrollo del lenguaje requieren, en general, al menos 2 sesiones con un total de 3 horas. El proceso de evaluación implica una entrevista con los padres; la aplicación de una prueba de inteligencia general (WPPSI⁸, WISC-IV⁹, McCarthy¹⁰) para descartar un retraso general; la aplicación de una o más pruebas de lenguaje (PLON¹¹, BLOC¹², ITPA¹³, Reynell¹⁴, etc.) y/o fonológicas (RFI¹⁵, ELA¹⁶); la observación del lenguaje del niño; y, en su caso, pruebas complementarias neurológicas o audiológicas.

El resultado de la evaluación, aparte de situar al niño con respecto a su grupo normativo en nivel de desarrollo del lenguaje, tiene que describir el lenguaje del niño en todos sus componentes –fonológico, léxico, morfosintáctico, semántico y pragmático– y procesos –producción y comprensión.

Un inconveniente es que casi todas las pruebas pue-

den aplicarse solo a partir de los 3-4 años. Para niños más pequeños, entre 8 y 30 meses, se puede emplear la adaptación-versión española de los inventarios de desarrollo comunicativo McArthur¹⁷. Este instrumento permite hacer un inventario del lenguaje del niño a partir de los informes de los padres. Su aplicación completa requiere al menos una hora. Se está trabajando en una versión abreviada que podría emplearse como prueba de screening en la consulta de Pediatría.

PRONÓSTICO

Es importante considerar que una de las principales diferencias entre el RL y el TEL está en el pronóstico y la eficacia de la intervención. El RL tiene un buen pronóstico, con una evolución rápida y mejor respuesta a la intervención. Si el diagnóstico es temprano y la intervención adecuada, puede mejorar notablemente en 6 meses de tratamiento. En todo caso, terminan por acercarse al nivel esperado en torno a los 6 años. El pronóstico es también mejor para las dislalias fonéticas que para las

Bibliografía

1. Aguado G. Trastornos específicos del lenguaje: retraso del lenguaje y disfasia. Málaga: Aljibe; 1999.
2. Mendoza E (Coord.). Trastorno específico del lenguaje (TEL). Madrid: Pirámide; 2001.
3. Narbona J, Chevrie-Müller C. El lenguaje del niño: desarrollo normal, evaluación y trastornos. Barcelona: Masson; 1997.
4. Fernández-Zúñiga A. Intervención logopédica en la tartamudez infantil. Madrid: Síntesis; 2005.
5. Olivares J. El niño con miedo a hablar. Madrid: Pirámide; 1994.
6. Filipek PA, Accardo PJ, Baranek GT, Cook EH Jr, Dawson G, Gordon B, et al. The screening and diagnosis of autistic spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. 1999;29: 439-84.
7. Rodríguez-Santos F, Prieto A, Palomares L. Crecimiento y desarrollo: dimensión psicológica. Test de crecimiento psicológico. En: Serra LI, Aranceta J, Rodríguez-Santos F. Crecimiento y desarrollo. Estudio enKid. Tomo IV. Barcelona: Masson; 2003. p. 17-44.
8. Wechsler D. WPPSI, escala de inteligencia para Preescolar y Primaria. Madrid: Ediciones TEA; 1996.
9. Wechsler D. WISC-IV, escala de inteligencia Wechsler para niños-IV. Madrid: Ediciones TEA; 2006.
10. McCarthy D. Escalas McCarthy de aptitudes y psicometricidad para niños: MSCA. Madrid: Ediciones TEA; 2005 (original 1972).
11. Aguinaga G, Armentia ML, Fraile A, Olangua P, Uriz N. Prueba de lenguaje oral de Navarra (PLON). Madrid: TEA; 1990.
12. Puyuelo M. BLOC. Bateria de evaluación del lenguaje objetiva y criterial. Barcelona: Masson; 1998.
13. Ballesteros S, Cordero A. Test de Illinois de aptitudes psicolingüísticas. Adaptación española. Madrid: TEA; 1984.
14. Reynell J, Huntley M. Escalas Reynell de desarrollo del lenguaje. Adaptación española. Madrid: MEPSA; 1985.
15. Monfort M, Juárez A. Registro fonológico inducido. Madrid: CEPE; 1989.
16. García Pérez EM, Galve Manzano JL, Prieto Rodríguez C, Yuste Andrial J. Examen logopédico de articulación (ELA-Albor). Madrid: CEPE; 1991.
17. López Ornat S, Gallego C, Gallo P, Karousou A, Mariscal S, Martínez M. McArthur; inventario de desarrollo comunicativo. Madrid: TEA Ediciones; 2005.