

Trastornos del lenguaje infantil

5

Cómo citar este documento:

Vancouver: Col·legi de Logopedes de Catalunya. Trastornos del lenguaje infantil. En: Col·legi de Logopedes de Catalunya. *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia*. Barcelona: CLC; 2025. p. 104-131. Disponible en: <https://www.clc.cat>

APA: Col·legi de Logopedes de Catalunya. (2025). Trastornos del lenguaje infantil. En *Declaración de posicionamientos y buenas prácticas en el ejercicio profesional de la logopedia* (pp. 104-131). Col·legi de Logopedes de Catalunya. <https://www.clc.cat>

Barcelona, octubre de 2025.

Directrices

- 1 El logopeda es el profesional sanitario competente para evaluar, diagnosticar, prevenir, intervenir y llevar a cabo el mantenimiento de las funciones comunicativas en los trastornos del lenguaje infantil, y debe contar con formación específica y actualizada para garantizar una práctica clínica rigurosa y ética.
- 2 El CLC promueve la investigación sobre la prevalencia, la evaluación y la intervención en los trastornos del lenguaje infantil, impulsa el desarrollo y la adaptación de instrumentos de evaluación e intervención en catalán y castellano y en coherencia con el contexto cultural y educativo.
- 3 El CLC defiende un abordaje interdisciplinario y basado en la evidencia para el tratamiento de los trastornos del lenguaje infantil, con la colaboración de las familias, la escuela y otros profesionales sanitarios.

¿Qué es?

Definición

Los trastornos del neurodesarrollo (TND) están definidos en el DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) (2013) y la CIE-11 (2022) como los trastornos que surgen durante el periodo del desarrollo y que implican dificultades significativas en la adquisición y la ejecución de funciones cognitivas, lingüísticas, motrices o socioafectivas específicas. Los TND incluyen la discapacidad intelectual (DI), los trastornos del desarrollo del habla o del lenguaje / trastornos de la comunicación, trastorno del espectro autista (TEA), trastornos específicos del aprendizaje, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno del desarrollo de la coordinación motora. En este capítulo trataremos los TND relacionados con el desarrollo del lenguaje y la comunicación.

El consorcio CATALISE, siguiendo el método Delphi basado en la discusión entre expertos, llevó a cabo un interesante trabajo para alcanzar un consenso sobre la caracterización y la denominación de las dificultades en la adquisición del lenguaje. Se acordó distinguir entre trastorno del lenguaje (TL) y trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL). Ambos términos hacen referencia a dificultades severas y persistentes que presentan los niños en el desarrollo del lenguaje oral. En el primer caso, la afectación está relacionada con una causa biomédica determinada (parálisis cerebral, hipoacusia neurosensorial, TEA, DI, síndrome genético, etc.). El segundo caso se reserva para cuando no existe un trastorno asociado ni una explicación clara que justifique el problema de lenguaje. La denominación TDL, que sustituye a la de trastorno específico del lenguaje (TEL), hace referencia a un trastorno heterogéneo con una amplia variedad de dificultades posibles.

Signos clínicos

De acuerdo con las conclusiones de CATALISE, algunos niños sufren dificultades lingüísticas graves y persistentes que originan problemas funcionales a largo plazo en la comunicación diaria y en el ámbito académico. Las diversas clasificaciones del TDL que se han propuesto nunca han conseguido ser mutuamente excluyentes y muchos niños no encajan perfectamente en ninguna de las categorías definidas. Por ello, se recomienda no distinguir entre subtipos de TDL, sino indicar con precisión las áreas afectadas.

Por otra parte, se rechaza la distinción entre trastorno y retraso para que se considera unánimemente confusa. Se reconoce la existencia de una amplia de heterogeneidad en el TDL, tal como ocurre en otros TND. Se propone documentar esta heterogeneidad en lugar de intentar aplicar una nosología categórica que no termina de ajustarse a una gran proporción de niños y niñas.

Ciertamente, abunda la bibliografía que pone de manifiesto los altos niveles de comorbilidad entre los TND hasta el punto de que llega a ser más habitual la concurrencia simultánea de trastornos que

la existencia de trastornos puros aislados. Sin embargo, como señala Dewey, deberíamos reflexionar sobre la posibilidad de que la comorbilidad que observamos sea más bien el resultado de cómo los diferentes síntomas cognitivos, lingüísticos, motores y conductuales se organizan en los sistemas de clasificación como el DSM-5 o la CIE-11 utilizados para evaluar personas con estos trastornos. La comorbilidad podría no implicar la presencia de múltiples trastornos o disfunciones, sino ser el reflejo de nuestra incapacidad para aplicar un único diagnóstico que tenga en cuenta todos los síntomas y la incapacidad que todavía tenemos para relacionar las conductas observables en el desarrollo infantil con alteraciones funcionales neurobiológicas y los genes implicados.

Es interesante la aportación de CATALISE sobre los predictores especialmente significativos en la evaluación del lenguaje:

- **Antes de los tres años.** Muchos niños con un vocabulario limitado entre los 18 y los 24 meses se ponen al día más adelante, por lo que no resulta fácil identificar qué hablantes tardíos pueden presentar dificultades a largo plazo. Por el contrario, los niños y niñas que al cabo de 24 meses no combinan palabras parecen tener un peor pronóstico que los que no producen ninguna palabra a los 15 meses. Lo mismo ocurre con los que tienen problemas de comprensión, no se comunican con gestos o no imitan los movimientos corporales.
- **De tres a cuatro años.** En niños y niñas de cuatro años, cuanto mayor sea el número de áreas de funcionamiento del lenguaje afectadas, mayor es la probabilidad de que los problemas persistan hasta la edad escolar. La repetición de frases se ha identificado como un indicador relativamente bueno para predecir los resultados. En general, las dificultades que se restringen a la fonología en el ámbito expresivo cursan con buen pronóstico.
- **Cinco años y más.** Las dificultades lingüísticas que todavía son evidentes a la edad de cinco años o más, habitualmente persisten. Los niños y niñas que llegan a primaria con problemas de lenguaje oral corren el riesgo de tener también problemas de lectoescritura y un bajo rendimiento académico. El pronóstico no es muy favorable cuando hay una afectación en el lenguaje en el campo comprensivo o en la comunicación no verbal.

Bishop *et al.* reconocen como una limitación evidente el hecho de restringir la discusión sobre los trastornos del lenguaje a la lengua inglesa y recomiendan el uso del método Delphi a los investigadores que trabajan con trastornos del lenguaje en otras lenguas con el fin de ir alcanzando un consenso general cada vez más apropiado. En este sentido, celebramos la iniciativa de Serra de replicar el estudio en el contexto lingüístico catalán.

La detección precoz de los trastornos del lenguaje es fundamental para iniciar una intervención adecuada y minimizar el impacto en el desarrollo global del niño. Algunas señales de alerta son:

15-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • No balbucea. • No responde a la voz hablada ni a los sonidos. • Mínima o ninguna intención comunicativa. • Entre 1,5 - 2 años producción de menos de 10 palabras inteligibles. • Entre 2 años - 2 años y 11 meses producción de menos de 50 palabras con ausencia de enunciados de 2 palabras. • Valoración cada 6 meses.
2-3 años	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima interacción. • Sin intención comunicativa. • No utiliza las palabras • Mínima reacción a la voz hablada. • Regresión o estancamiento en el desarrollo del lenguaje.
3-4 años	<ul style="list-style-type: none"> • Como máximo enunciados de dos palabras. • Falta de comprensión de demandas simples. • El entorno cercano no entiende el discurso del menor.
4-5 años	<ul style="list-style-type: none"> • Interacción inconsistente o anormal. • El entorno no cercano no entiende mucho el discurso del menor. • El entorno próximo no puede entender más de la mitad del discurso del menor. • Vocabulario limitado. • Dificultades con el ritmo, silabación, combinación y/o segmentación de los sonidos en una palabra. • Dificultades en la asociación grafema-fonema. • Reconocimiento inadecuado y lento de las palabras. • Imposibilidad de leer palabras sin sentido. • Dificultades de comprensión lectora. • Dificultades en tareas que requieran más implicación de la memoria de trabajo.

5-11 años	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para explicar o volver a explicar una historia de forma coherente. • Dificultad para entender lo que han escuchado o leído. • Dificultades evidentes para seguir o recordar instrucciones verbales. • Habla mucho pero con escasa implicación en la conversación recíproca. • Las intervenciones suelen ser literales, sin comprensión del significado intencional de quien habla. • Capacidad reducida para aislar y manipular sonidos individuales en palabras. • Lentitud para completar las tareas relacionadas con la alfabetización. • Lectura lenta y laboriosa. • Confusión en la lectura de palabras similares. • Dificultades en la decodificación de palabras no familiares. • Comprensión lectora pobre. • Evitación y falta de interés en la lectura. • Problemas persistentes en la memoria de trabajo.
+11 años	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para recordar o aprender vocabulario de baja frecuencia y/o neologismos. • Dificultades para expresar sus pensamientos de forma clara. • Confusiones morfosintácticas, tales como alteración del tiempo verbal o estructuras oracionales pobres o inacabadas. • Fonología pobre con dificultades en la combinación de fonemas, especialmente en palabras polisílabas. • Dificultad para hacer bromas basadas en el lenguaje, comprensión, tendencia a la comprensión literal. • Poca fluidez lectora. • Comprensión lectora reducida, necesidad de leer varias veces para entender el contenido. • Desorganización y dificultades para planificar. • Memoria de trabajo limitada. • Falta de interés o evitación de la lectura. • Las dificultades de memoria de trabajo pueden ser más visibles a medida que las demandas académicas incrementen.

Codificación CIE-11

Código	Concepto
6A01	Trastornos del desarrollo del habla o el lenguaje
6A01.2	Trastorno del desarrollo del lenguaje
6A01.20	Trastorno del desarrollo del lenguaje con deficiencia del lenguaje receptivo y expresivo
6A01.21	Trastorno del desarrollo del lenguaje con deficiencia principalmente del lenguaje expresivo
6A01.22	Trastorno del desarrollo del lenguaje con deficiencia principalmente del lenguaje pragmático
6A01.23	Trastorno del desarrollo del lenguaje, con otro tipo de deficiencia específica
6A01.Y	Otros trastornos especificados del desarrollo del habla y el lenguaje
6A01.Z	Trastorno no especificado del desarrollo del habla y el lenguaje

Más allá de la codificación de la CIE-11 y del DSM-5, ambas muy similares, el consorcio CATALISE propone una evaluación alternativa. Distingue entre TL y TDL como áreas de afectación en relación con las necesidades del habla, el lenguaje y la comunicación. Aunque las dificultades en el ámbito fonético y fonológico son muy frecuentes en los niños con TL y TDL, y forman parte de la constelación de signos lingüísticos, cuando la dificultad se centra solo en la fonología, plantea que el diagnóstico no sea de TDL, sino de «trastornos de los sonidos del habla». Respecto a la «pragmática», se sugiere no adoptar la expresión propuesta por el DSM-5, y por extensión la CIE-11, como si fuera una categoría independiente porque se considera que forma parte del lenguaje y, por tanto, una afectación pragmática debería entender como un trastorno del lenguaje comprometido en el aspecto pragmático. El trasfondo de esta discusión, que queda abierta, refleja la manera de entender la relación entre el lenguaje y la comunicación, así como su relación con el desarrollo cognitivo y socioafectivo.

Causas

El TDL es un TND con causas complejas, donde se combinan factores genéticos, neurológicos, epigenéticos y ambientales. Aunque se desconoce la causa exacta, se reconocen varios factores de riesgo:

- **Genéticos:** tiene una elevada heredabilidad (50-70 %), con la implicación de múltiples genes (FOXP2, ROBO1, KIAA0319, CNTNAP2,

entre otros) en lugar de una mutación específica comentada por Bishop en 2006.

- **Neurológicos:** no hay daño cerebral identificable, aunque estudios de neuroimagen muestran diferencias en la estructura y la función de regiones como el área de Broca y el área de Wernicke, implicadas en la producción y comprensión del lenguaje, como afirman Leonard *et al.* en 2006.
- **Ambientales:** un entorno pobre en estímulos lingüísticos, el estrés familiar o la falta de interacción pueden dificultar el desarrollo del lenguaje. En cambio, la exposición a un entorno rico en lenguaje y comunicación es crucial para un buen desarrollo. Se descarta un entorno multilingüe como causa del trastorno según Paradis *et al.*
- **Gestacionales:** condiciones adversas durante el embarazo, como infecciones, preeclampsia, exposición a tóxicos (tabaco, alcohol, drogas) o malnutrición, así como la prematuridad y un bajo peso al nacer o una puntuación baja en el Test de Apgar, pueden aumentar el riesgo de TDL según Vandormael en 2019.

111

Esta interacción dinámica entre factores hace que cada caso de TDL sea único y justifica la necesidad de un enfoque personalizado en la evaluación y la intervención. La comprensión de estos mecanismos es fundamental para mejorar las estrategias diagnósticas y terapéuticas, adaptándolas a las necesidades específicas de cada niño.

Epidemiología

Los datos de prevalencia del TDL pueden variar considerablemente en función de los criterios diagnósticos (en especial, en función del peso otorgado al cociente intelectual no verbal), los instrumentos de evaluación utilizados y la edad de los niños. En el estudio epidemiológico de Norbury *et al.* se tuvieron en cuenta todos estos aspectos, además de otros como son el desarrollo socioafectivo y el rendimiento académico. En conclusión, sus resultados muestran una prevalencia del TDL del 7,58 % con una proporción ligeramente superior en niños respecto de las niñas de 1,22: 1. Sería interesante contrastar estos datos con población de nuestro contexto lingüístico y cultural. A pesar de que estas cifras son superiores o similares a las prevalencias del TEA y del TDAH, socialmente el TDL es más desconocido, por lo que ha sido considerado a menudo un trastorno invisible. Como ya hemos mencionado, a pesar de la prevalencia mayor en el sexo masculino, vemos que el trastorno afecta tanto a niños como a niñas y los datos están lejos de las proporciones presentadas en los años setenta de 2:1 e incluso 4:1, muy condicionadas por criterios diagnósticos y, sobre todo, por cuestiones sociales.

Impacto en la vida de la persona

Las dificultades del lenguaje tienen repercusiones importantes en la vida de los niños y en su entorno familiar, por lo que requieren, en un grado u otro, apoyo profesional para atenderlos. Al igual que en otros TND, es frecuente que la semiología se modifique a lo largo del tiempo,

manifestándose tanto en el retraso temporal de las pautas de desarrollo como en la asincronía entre los componentes del lenguaje y otros procesos cognitivos. Las consecuencias del trastorno y las necesidades que se derivan cambian según su evolución, así como la influencia del entorno, los apoyos educativos y las intervenciones terapéuticas. Estas pueden variar significativamente entre individuos y transformarse a lo largo del tiempo, desde la etapa preescolar hasta la edad adulta, afectando a ámbitos como el aprendizaje, la comunicación, la autonomía y la inserción social y laboral.

La CIF (por sus siglas en inglés de ICF, *International Classification of Functioning, Disability and Health*) fue desarrollada por la OMS (2001) con el objetivo de ofrecer una perspectiva biopsicosocial de la salud. Proporciona un marco para abordar la discapacidad y el funcionamiento de una persona en su contexto y en su vida cotidiana. Más adelante en este capítulo, en la parte referida a la actividad y la participación social, se destacan los trastornos del lenguaje inciden en el aprendizaje y la aplicación del conocimiento (d1), especialmente en los apartados 'Aprender a leer' y 'Aprender a escribir', 'tareas y demandas generales' (d2), 'la comunicación' (d3), 'las interacciones y relaciones interpersonales' (d7), 'las áreas principales de la vida', concretamente en el apartado 'educación escolar' y en 'la vida comunitaria, social y cívica' (d9). Al final del capítulo, se encuentran detalladas las afectaciones de los trastornos del lenguaje infantil en el cuadro de la codificación CIF.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que investiguen para crear conjuntos básicos de categorías de la CIF (Core Set) para la identificación de los elementos que inciden en los trastornos del lenguaje infantil.

Gradación de severidad, consecuencias y soportes

Grado 0: leve limitación para comprender o expresarse

Dificultad leve en la comprensión y/o expresión, con un impacto mínimo en la vida del menor según la valoración de un familiar, maestro o pediatra. Sin embargo, se recomienda un seguimiento para controlar su evolución y, según la edad, una evaluación diagnóstica, si es necesario.

Grado I: moderada limitación para comprender o expresarse

Con falta de comprensión dominante

Comprensión oral de palabras y consignas simples, y complejas, apoyándose en el contexto y siempre que el referente sea claro y no haya interpretaciones posibles muy diversas. Dificultad en la comprensión de estructuras gramaticales complejas, frases subordinadas, pasivas o cláusulas demasiado largas.

Con falta de expresión dominante

Expresión inteligible, si bien resulta extraña y poco precisa semánticamente. En el ámbito formal, expresión limitada en cuanto a

concordancias, frases subordinadas y discurso. Léxico adecuado, pero errores en el aprendizaje de palabras nuevas o de baja frecuencia. A menudo recurre a términos generales como 'cosa' o 'esto' para comunicarse.

Con falta pragmática dominante

La iniciativa de la conversación es compartida por los interlocutores sin rupturas comunicativas apreciables. Dificultades para comprender lo que no se dice explícitamente y para interpretar significados no literales o ambiguos del lenguaje que influyen en la capacidad inferencial, el sentido del humor, el lenguaje metafórico y, en general, cuando múltiples significados dependen del contexto para su interpretación. Si el interlocutor consigue seguir la historia, lo hace adivinando el contenido con ayuda del contexto, pero el discurso es gramaticalmente incorrecto.

Grado II: limitación severa para comprender o expresarse

Con falta de comprensión dominante

Comprensión limitada a palabras frecuentes, frases con apoyo visual y concretas, literales y relacionadas con un contexto experiencial. Confusión interpretativa frecuente. Comprensión suficiente de consignas simples y de bromas para las actividades de la vida diaria.

Con falta de expresión dominante

Expresión relativamente fluyente, verborreica, formalmente correcta pero con errores sintácticos, semánticos y pragmáticamente inadecuada. Dificultades de discriminación y secuenciación fonológicas.

Con falta pragmática dominante

La comunicación es posible con varios interlocutores. Dificultades para adecuarse al contexto o las necesidades de quien escucha, como hablar de forma diferente dentro de un aula, con los amigos o con un adulto, y el uso de un lenguaje demasiado formal.

Grado III: limitación grave para comprender y expresarse

Con falta de comprensión dominante

La comprensión puede estar limitada a palabras muy habituales y concretas o frases literales y repetidas.

Con falta de expresión dominante

Habla poco fluyente con ecolalias, deformada e incomprensible que puede ser bien articulada fonológicamente, pero sintácticamente y semánticamente confusa. La comunicación es posible solo con los familiares cercanos, directamente relacionada con las necesidades básicas y temas muy conocidos.

Con falta pragmática dominante

Intención comunicativa variable, en función del contexto social y de los núcleos de interés. Dificultades en el uso de la comunicación para propósitos sociales, tales como saludar, iniciar y mantener una conversación y compartir información.

Grado IV: limitación prácticamente total para comprender y/o expresarse

El peso de la comunicación, reducida a las necesidades básicas, lo lleva totalmente al interlocutor. Falta total o parcial de intención comunicativa con deficiencias claras en el uso de la comunicación para propósitos sociales, como saludar y compartir información de manera que sea apropiada.

114

Trastornos del
lenguaje infantil

Rol del logopeda

Los logopedas son los profesionales competentes en la evaluación, la prevención y la rehabilitación de los trastornos del lenguaje infantil. Esta atribución se desprende de la LOPS que, en su artículo 7.2f, afirma que los logopedas desarrollan las actividades de prevención, evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su disciplina. Asimismo, de la Orden CIN/726/2009, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habilitan para el ejercicio de la profesión de logopeda, queda claro que los logopedas graduados conocen las bases anatomofisiológicas del lenguaje, sus trastornos y las técnicas e instrumentos para el diagnóstico logopédico y las estrategias terapéuticas correspondientes. Esta visión la comparten los documentos de perfil profesional, que declaran que la logopedia tiene como finalidad mejorar las cualidades alteradas del lenguaje.

Tal como indica el Código deontológico del CLC, los logopedas deben ejercer su profesión con competencia; por tanto, las profesionales que atienden a esta población deben estar adecuadamente formados para ello.

Orientación interdisciplinar

Respecto a la composición del equipo, la mayoría de las guías relacionadas con la rehabilitación de los trastornos del desarrollo del lenguaje contemplan la necesidad de que el abordaje terapéutico se realice en equipos interdisciplinarios. Así, bajo la coordinación de los logopedas se espera el concurso de médicos pediatras, rehabilitadores, fonoatras y psiquiatras y profesionales de la psicología, la prótesis auditiva, la educación y el trabajo social.

Diagnóstico logopédico

Información mínima necesaria del derivador

En el contexto de la atención primaria, el usuario será derivado al servicio de logopedia por parte del pediatra o del médico ORL y será necesario que aporte información relativa a:

- Orientación diagnóstica con información de las estructuras e hipótesis del impacto en la funcionalidad.
- Evolución clínica.
- Pruebas realizadas, resultados, interpretación y fecha de realización.
- Repercusión de la clínica en el ámbito socioeducativo y en las actividades de la vida diaria.
- Tratamientos realizados, tanto farmacológicos, rehabilitadores, como quirúrgicos y fecha de realización.

En un contexto de ingreso abierto, la familia puede pedir directamente la atención del servicio de logopedia a partir de las orientaciones de los maestros o psicólogos de los servicios educativos. En estos casos, la familia deberá proveer la información necesaria para el inicio de un proceso de diagnóstico logopédico.

Exploración clínica

El CLC orienta a los profesionales de la práctica clínica a evaluar los siguientes elementos de los trastornos del lenguaje.

De acuerdo con la CIF, se lleva a cabo una evaluación integral para identificar y describir:

- Deficiencias en las funciones y estructuras corporales relacionadas con el lenguaje.
- Limitaciones en la actividad y la participación social, incluyendo la comunicación funcional, las interacciones sociales, los roles sociales de la persona dentro de su comunidad y el impacto del lenguaje en la calidad de vida.
- Factores contextuales (ambientales y personales) que sirven de barrera o facilitadores del éxito de la comunicación y la participación en la vida.

1 / Evaluación de las funciones y estructuras corporales

La evaluación es importante para identificar y caracterizar las dificultades específicas del lenguaje, pero, además, resulta esencial para fijar los objetivos de la intervención y las necesidades de apoyo que irán variando en función del progreso y de las nuevas evaluaciones que se vayan llevando a cabo.

El CLC recomienda que el logopeda complemente las pruebas estandarizadas de lenguaje con pruebas cognitivas para obtener una

visión más completa de las aptitudes verbales y no verbales de la persona. Este enfoque permite una evaluación más precisa, relacionando las habilidades lingüísticas con otras funciones cognitivas para garantizar un diagnóstico más cuidadoso. Esto facilita la toma de decisiones sobre el tratamiento más adecuado y la incorporación de estrategias compensatorias que mejoren la eficacia.

El uso de pruebas cognitivas complementarias contribuye a prevenir diagnósticos erróneos y asegura una evaluación rigurosa, fundamentada en la evidencia científica. Este procedimiento refuerza una práctica profesional ética y permite ajustar la intervención a las necesidades específicas de cada individuo, optimizando la eficacia del tratamiento logopédico y favoreciendo el desarrollo comunicativo y funcional.

El CLC recomienda diferenciar entre las pruebas diseñadas para la evaluación diagnóstica y las orientadas al cribado. Esta distinción es relevante incluso en diagnósticos clínicos, en los que las pruebas aportan información que no siempre es concluyente. Asimismo, se recomienda el uso de pruebas actualizadas y adaptadas a poblaciones que reflejen nuestro contexto cultural.

A continuación se presenta una relación de tests, escalas, inventarios y pruebas de cribado que no es exhaustiva, pero incluye en buena parte los instrumentos más utilizados en la evaluación del lenguaje y de la comunicación:

Tests generales para evaluar la cognición y el lenguaje

- BAS-II. Escalas de Aptitudes Intelectuales (2a 6m a 17-11).
- DN-CAS. Das i Naglieri-Sistema d'avaluació cognitiva (5a-17a).
- DN-CAS. Das y Naglieri-Sistema de evaluación cognitiva (5a-17a).
- K-ABC. Batería de evaluación para niños Kaufman (2a 6m-12a 6m).
- NEPSY-II. Batería de neuropsicología infantil (3a-16a).
- WISC-V. Escala de inteligencia de Wechsler para niños - V. (6a-16a 11m).
- WNV. Escala No Verbal d'Aptitud Intel-lectual de Wechsler (5a-21a).
- WPPSI-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para preescolar y primaria (2a 6m-7a 7m).

Tests de evaluación del lenguaje

- CELF-5. Clinical Evaluation of Language Fundamentals - Fifth Edition (5a-15a 11m).
- CELF Preschool 2. Clinical Evaluation of Language Fundamentals Preschool - Second Edition (3a-6a 11m) (versión adaptada a la población española pendiente de publicación).

Algunos instrumentos de evaluación que tradicionalmente habían sido muy utilizados han caído en desuso, como por ejemplo las matrices progresivas de Raven o el test Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA).

En el primer caso, las escalas de Wechsler, mucho más completas, ya que incluyen la prueba de razonamiento no verbal «matrices» que es similar. En el segundo caso, así como en otros países cuentan con nuevas versiones traducidas y adaptadas del ITPA III, en España no se ha llevado a cabo esta actualización, lo que ha favorecido la imposición del CELF-5 como test estandarizado de lenguaje.

Escalas de desarrollo general

- Bayley-III. Escalas Bayley de desarrollo infantil (0-3a 6m).

Inventarios, pruebas de cribado y escalas de desarrollo del lenguaje y la comunicación

- CCC-2. Children's Communication Checklist. Inventario para evaluar la comunicación y la pragmática (4a-16a 11m).
- CDI. Communicative Development Inventories. Inventario de desarrollo comunicativo MacArthur-Bates (8m-2a 6m).
- DP-3. Perfil de Desarrollo - 3 (0-12a 11m).
- Escalas Reynell del desarrollo del lenguaje - III (1a 6m-7a).
- MacArthur. Inventario de Desarrollo Comunicativo (8m a 30m).
- Protocolo de observación para maestros de dificultades en el desarrollo del lenguaje.

Otros instrumentos

- ABAS-II. Sistema para la evaluación de la conducta adaptativa (0-89a).
- A-RE-HA. Análisis del retraso del habla (3a-6a 11m).
- A-RE-LL. Anàlisi del retard del llenguatge (3a-6a 11m).
- A-RE-PAN. Análisis del retraso del habla (3a-6a 11m).
- Evaluación del desarrollo fonológico de Laura Bosch (3a-7a 11m).
- CEG INFANTIL. Test de comprensión de estructuras gramaticales (2a-4a 11m).
- CEG. Test de comprensión de estructuras gramaticales (5a-11a).
- CREVT. Test de vocabulario expresivo y receptivo (4a-17a).
- EDAF. Evaluación de la discriminación auditiva y fonológica (3a-sin límite).
- El desarrollo fonológico infantil: una prueba para su evaluación (3a-7a 11m).
- EVT-3. Test de vocabulario expresivo (2:6 a 18:11).
- IMAN. Instrumento Multilingüe para La Evaluación de las Narraciones –MAIN en versión original– (3a-10a y mayores).
- Test PS-2. Perfil Sensorial-2 niño y escolar (3a-14a).
- PPVT-5. Test de vocabulario en imágenes Peabody-5 (2:6a a 18:11a).
- RAN-RAS Rapid Automatized Naming/Rapid Alternating Stimulus. Test de denominació ràpida (5a-18a 11m).
- SLAM BOOM! Tarjetas (3a-18a).
- The BUS STORY. A test of continuous speech (3a-8a).

Además de la evaluación del lenguaje a través de instrumentos estandarizados, es interesante la elaboración de perfiles con la descripción detallada de las características particulares del lenguaje del niño. Este procedimiento se basa en la recogida de muestras en contextos naturales aprovechando situaciones de interacción comunicativa para valorar el uso del lenguaje y las posibles disfunciones que haya en los diferentes componentes lingüísticos. Además de ser un complemento importante para la evaluación y el análisis preciso de muestras lingüísticas, es una herramienta muy útil para el establecimiento de objetivos para la intervención.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que lleven a cabo estudios para la creación, adaptación y actualización de instrumentos de evaluación en catalán y castellano de los trastornos del lenguaje infantil.

¿Qué aspectos no lingüísticos deben valorarse en los niños con TDL?

1. Memoria

Existe un consenso generalizado de que la población con TDL presenta déficits en la memoria de trabajo fonológica. En estos niños, el bucle fonológico, componente de la memoria de trabajo que almacena temporalmente la información fonológica, está alterado. Muchos estudios han demostrado que los niños con TDL tienen dificultades para repetir pseudopalabras multisilábicas, lo que se ha considerado un marcador clínico de TDL con alta heredabilidad. Este resultado se presenta en varias lenguas, como el castellano y el catalán, según Aguado et al. y Ahufinger et al.

2. Atención

Los estudios, como Carmona-Vázquez et al. y Redmond, muestran una alta comorbilidad entre TDL y TDAH. En niños de habla hispana se observó que los niños con TDL presentaban rasgos de TDAH tipo inatento, pero no hiperactivo. McGrath et al., encontraron que un 30 % de la muestra presentaba comorbilidad entre TDL y TDAH de tipo inatento.

3. Funciones ejecutivas

Las funciones ejecutivas implican procesos cognitivos como la memoria de trabajo, el razonamiento, la flexibilidad cognitiva, la inhibición, la planificación y la toma de decisiones. Estas funciones se procesan principalmente en las áreas prefrontales del cerebro y están vinculadas a la regulación del comportamiento y la resolución de problemas.

4. Dificultades emocionales y conductuales

Según Yew y o'Kearney s, los niños con TDL tienen un riesgo aproximadamente doble de sufrir problemas emocionales y de

comportamiento en comparación con los niños con desarrollo típico. Estos problemas incluyen dificultades en la emocionalidad internalizada y externalizada, que pueden aparecer más tarde en la infancia o la adolescencia.

2 / Evaluación de la participación, actividades y calidad de vida

Es importante recoger información sobre el impacto de los trastornos del lenguaje en la vida de las personas para poder identificar las necesidades de apoyo e incidir en la mejora de la calidad de vida. Este aspecto se evalúa fundamentalmente a través de entrevistas con el niño, la familia, la escuela, además de cuestionarios, estudios sobre el entorno social, etc.

3 / Evaluación del contexto

La recogida de información sobre el niño y su entorno debe servir para identificar los obstáculos y facilitadores contextuales que ayudarán al logopeda a determinar el potencial de uso efectivo de técnicas y estrategias compensatorias. Utilizando los códigos CIF que pueden suponer factores facilitadores o dificultades, encontramos el uso de productos y tecnología para la comunicación (e125) y los servicios sanitarios (e5800).

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios para la creación de instrumentos de evaluación en catalán de las necesidades de la persona y su contexto.

119

¿A quién se dirige la intervención?

Criterios para la indicación del tratamiento

De acuerdo con Bishop et al., los criterios más importantes que hay que tener en cuenta para identificar el TDL son:

- a Dificultades de lenguaje suficientemente graves para que quede afectada la comunicación o el aprendizaje en la vida cotidiana.
- b Cuando es poco probable que los problemas de lenguaje se resuelvan o no se hayan resuelto a la edad de cinco años.
- c Cuando los problemas no están asociados a una causa biomédica conocida (si existiera una causa biomédica, su denominación sería TL).

Como ya se ha dicho anteriormente, en lugar de describir subtipos de TDL, se propone identificar niveles de gravedad y caracterizar la sintomatología y los componentes afectados de cada niño en particular. En este sentido, los tests de lenguaje son necesarios, pero no suficientes. Se valora como criterio de inclusión para el diagnóstico la obtención de puntuaciones 1,25-1,5 desviaciones estándar por debajo de la media en 1-2 subtests relevantes de pruebas como el CELF-5. No hay un consenso

claro a la hora de tomar como referencia una determinada puntuación mínima de cociente intelectual no verbal. Las opiniones que expresan a los profesionales e investigadores que han participado en distintos grupos de discusión son diversas.

Además de los tests estandarizados, el proceso de evaluación debe tener en cuenta otros aspectos como las muestras naturales de lenguaje, las habilidades cognitivas, el desarrollo socioafectivo, información contextual y las necesidades de soporte. Por ello la evaluación debe ser dinámica, en periodos sucesivos y contrastando los diferentes datos obtenidos, y se debe llevar a cabo cuanto antes para iniciar rápidamente una intervención.

A pesar de los progresos en niveles más simples de la comunicación, la gravedad y persistencia de los problemas hará necesaria una adaptación curricular para que el niño pueda seguir mínimamente los niveles académicos exigidos.

Por lo tanto, para diagnosticar TDL a un niño, este debe cumplir los siguientes requisitos:

- **Dificultades lingüísticas persistentes:** problemas en la comprensión y/o expresión del lenguaje oral que se mantienen más allá de los 5 años y que no se resuelven de forma espontánea.
- **Afectación en una o más áreas del lenguaje** (fonología, morfosintaxis, semántica y pragmática).
- **Impacto funcional significativo:** las dificultades deben repercutir en la comunicación diaria, el rendimiento académico y/o las interacciones sociales.
- **Ausencia de una causa biomédica identificable:**
 - No hay un trastorno neurológico conocido, déficits auditivos graves, DI moderada-severa o trastornos psiquiátricos primarios que justifiquen las dificultades lingüísticas.
 - Si existe una enfermedad asociada (ej. parálisis cerebral, TEA o síndrome genético), el diagnóstico debe ser TL y no TDL.
- **Rendimiento en pruebas estandarizadas:** puntuaciones situadas al menos 1,25 desviaciones estándar por debajo de la media en pruebas de lenguaje receptivo, expresivo o pragmático (como CELF-5, PPVT-5, EVT-3, entre otros).
- **Preservación de capacidades cognitivas generales:** el cociente intelectual no verbal debe estar dentro de la normalidad o presentar una discrepancia significativa entre las habilidades verbales y no verbales.

El diagnóstico de TDL se excluye en los casos siguientes:

- **TEA:** la dificultad principal está en la comunicación social y la pragmática, con otros rasgos clínicos como la rigidez conductual y los intereses restringidos.
- **DI:** el déficit en el lenguaje forma parte de un perfil más amplio de dificultades cognitivas generales.

- **Pérdida auditiva no corregida:** niños con hipoacusia neurosensorial moderada-severa pueden presentar dificultades en la adquisición del lenguaje, pero su causa primaria es sensorial.
- **Trastornos neurológicos:** en casos de parálisis cerebral, epilepsia u otras patologías neurológicas, las dificultades lingüísticas se incluyen en un marco de trastorno del lenguaje con base orgánica.
- **Dificultades por falta de exposición al idioma:** niños criados en entornos bilingües o con escasa exposición al catalán/castellano pueden presentar un desarrollo lingüístico más lento, pero no cumplen criterios para TDL. En estos casos, es necesaria una evaluación detallada del desarrollo lingüístico en ambas lenguas.
- **Dificultades en la producción oral sin afectación del lenguaje:**
 - Trastornos fonéticos-fonológicos: problemas articulatorios sin alteraciones gramaticales ni semánticas significativas.
 - Trastornos emocionales o de conducta primarios: los niños con ansiedad social, mutismo selectivo u otros trastornos emocionales pueden evitar hablar, pero no presentan una alteración lingüística primaria.

Criterios para regular el tratamiento

Se regulará la intensidad del tratamiento logopédico ante circunstancias que impidan o interfieran en la evolución correcta del proceso y en la mejora funcional del paciente. Concretamente, los pacientes que presenten:

- Falta de compromiso para realizar la intervención (especialmente adolescentes y jóvenes).
- Falta de adherencia al tratamiento por parte de la familia o cuidadores del menor.
- Alteraciones o dificultades comunicativas secundarias a un bajo dominio o exposición al idioma del entorno.
- Patologías comórbidas que, por sus características, dificultan o desaconsejan un proceso rehabilitador.

¿Cómo intervenir?

Objetivos

Los objetivos generales de la rehabilitación de los trastornos del lenguaje son:

- Potenciar la adquisición de un grado de competencia lingüística que permita la comunicación, la socialización, el aprendizaje y el desarrollo personal y emocional.
- Desarrollar las habilidades lingüísticas en el ámbito oral y escrito de las personas con TDL o TL a su máximo potencial.
- Enseñar estrategias a las personas con trastornos del lenguaje

y a su entorno para reducir el impacto de sus dificultades en la comunicación y mejorar su inclusión escolar, social y laboral.

→ Apoyar a las escuelas para incorporar estrategias al currículo para favorecer el aprendizaje y el uso del lenguaje de los niños con TL y TDL.

→ Apoyar a las familias de los niños con un TL o TDL incipiente para llevar a cabo una estimulación del lenguaje adecuada.

Intervenciones preventivas

Los logopedas deben ir más allá del rol correctivo tradicional y asumir más protagonismo en la prevención de los trastornos del lenguaje y de la comunicación. En este sentido, deben orientar y asesorar a las familias, maestros y pediatras en el cribado para la detección cuanto antes de los niños que requieren una evaluación más precisa y, si procede, una posterior intervención. El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes realizar estudios de actuaciones preventivas sobre los trastornos del lenguaje.

Intervenciones de mejora y rehabilitación

Resulta muy difícil plantear una duración óptima para las intervenciones en los trastornos del lenguaje si tenemos en cuenta su heterogeneidad, etiología multifactorial, comorbilidad, niveles diferentes de gravedad y la diversidad de componentes lingüísticos afectados en cada niño en particular. En función de los autores se pueden constatar pequeños cambios significativos al cabo de ocho semanas, tres meses, seis meses o una vez iniciado el tratamiento, pero la necesidad de soporte logopédico se prolongará en el tiempo según la persistencia y la posible gravedad de los problemas. Muchas intervenciones se centran en aspectos exclusivamente lingüísticos, a menudo solo morfosintácticos, en detrimento de otras cuestiones como el aprendizaje, el desarrollo y los aspectos socioafectivos. Si el abordaje es más amplio y completo, la intervención todavía será más larga, pero previsiblemente también más eficiente.

Sin embargo, hay algunas cuestiones en las que el consenso está claro. En primer lugar, el hecho de intervenir cuanto antes y a partir de una evaluación exhaustiva y rigurosa. Y, en segundo lugar, como dice Mendoza, la necesidad de sustituir prácticas basadas en el ensayo-error por modelos de intervención que demuestren su efectividad contando con la experiencia de logopedas, usuarios, familias, maestros y otros profesionales.

La intervención logopédica debe basarse en prácticas basadas en la evidencia y debe estar fundamentada en pruebas sólidas de investigaciones rigurosas. En este sentido, la evidencia científica muestra buenos resultados en intervenciones precoces orientadas a familias y escuelas que respetan los entornos naturales, como por ejemplo el programa Hanen.

El programa Hanen «*It Takes Two to Talk*» (traducido al castellano: «*Hablando nos entendemos los dos*») está diseñado específicamente para padres y madres de niños pequeños (0-5 años) con un retraso en el desarrollo del lenguaje. En un grupo reducido y de forma personalizada,

los padres practican estrategias para ayudar a sus hijos a aprender su idioma conjuntamente y de forma natural a lo largo del día. El programa incide directamente en la pragmática y el discurso, y en menor grado, en el léxico, la semántica, la morfología y la sintaxis. Muchos autores constatan la eficacia de este programa de intervención en comparación con los tratamientos tradicionales.

Resulta bastante evidente que la responsabilidad compartida entre logopedas, padres-madres, tutores legales y maestros favorece extraordinariamente la eficiencia de los tratamientos. Esto no excluye que, posteriormente, la intervención se oriente más específicamente y sistemáticamente hacia los componentes lingüísticos afectados.

Sin ánimo de ser exhaustivos, a continuación presentamos una relación de otros programas de intervención que se aplican habitualmente:

- **Modelo de intervención en tres niveles.** Basado en la práctica clínica, los autores Monfort y Juárez han influido en nuestro contexto con estrategias de intervención en el ámbito ambiental y clínico, mediante la estimulación del lenguaje con ejercicios funcionales o formales.
- **Active Listening for Active Learning.** El objetivo es enseñar a los niños a reconocer qué comprenden y qué no comprenden, y en caso de que no entiendan lo que dice el interlocutor, aprender estrategias para responder. Se trabajan las habilidades metalingüísticas y la comprensión verbal.
- **Intervención narrativa de Becky Shanks.** La intervención se centra en la comprensión y el uso de la gramática del cuento para ayudar a los niños a hacer narraciones y explicar historias.
- **Lectura compartida.** Los niños en edad preescolar con alteraciones del lenguaje tienen dificultades tanto con el lenguaje literal como con el lenguaje inferencial. El objetivo de la lectura compartida es trabajar estos aspectos para anticiparse a futuros problemas de comprensión lectora.
- **Broad Target Recast (BTR).** Es un programa de intervención específico basado en la técnica de la reformulación, a través de la cual el interlocutor con más competencia lingüística responde a lo que dice el niño ampliando, corrigiendo de manera implícita o cambiando los enunciados pero manteniendo el significado.
- **Colourful Semantics.** Utiliza tarjetas de indicaciones visuales de colores para «mostrar» la estructura de una frase (sintaxis) de manera que esté vinculada con su significado (semántica). Fue desarrollado originalmente con niños con problemas graves del lenguaje.
- **Contextual instruction, analytical instruction, and anchored instruction.** La intervención refleja las características de tres condiciones de instrucción: contextual, analítica y anclada. Tiene como objetivo aumentar el aprendizaje de palabras (vocabulario ilustrado y vocabulario oral).
- **Family-centred Practice.** El objetivo es aumentar la implicación

- y satisfacción de los padres en la intervención así como mejorar los resultados de los niños en el lenguaje expresivo y receptivo.
- **Focused Stimulation.** La estimulación focalizada es una técnica que se utiliza para llamar la atención de un niño sobre aspectos específicos de la gramática o el vocabulario. La idea es partir de una palabra, frase o forma gramatical en particular y utilizarla repetidamente mientras se interactúa con el niño.
- **Lexicon Pirate.** Es una terapia intensiva a corto plazo diseñada como método de intervención para niños con diferentes tipos de déficits léxicos. El método ayuda a aprender activamente descubriendo vacíos léxicos.
- **Makaton.** El objetivo es favorecer la emergencia y el desarrollo del lenguaje oral con el soporte de la comunicación aumentativa. Se basa en un sistema multimodal de manera que se ejecuta la palabra (estímulo auditivo) en combinación con signos y/o pictogramas (estímulo visual) para crear la imagen mental del concepto.
- **Oral Language Programme.** El objetivo del programa es reforzar las competencias lingüísticas relativas a la comprensión. Incluye instrucción directa para desarrollar vocabulario, inferencias, lenguaje expresivo y habilidades auditivas como la atención verbal y la memoria auditiva.
- **Lectura compartida cuidador-niño.** La lectura de libros entre padres e hijos pretende favorecer el desarrollo del lenguaje y la lectura de los niños, también así como el vínculo y el bienestar emocional.
- **Shape Coding by Susan Ebbels.** Programa basado en la codificación de formas para «mostrar» la estructura de una frase. Intervención dirigida a la semántica y la sintaxis.
- **Social Communication Intervention Programme (SCIP).** El objetivo de este programa es trabajar las dificultades que pueden tener los niños con el uso funcional del lenguaje en contextos de interacción social. Ayuda a los niños a comprender los indicadores sociales e incide de forma muy directa en la semántica, la pragmática, el razonamiento verbal y la capacidad inferencial.
- **Story Champs.** El objetivo de este programa es mejorar la competencia gramatical y las habilidades narrativas de los niños oralmente. Los beneficios de contar historias con diferentes soportes visuales y verbales se transfieren posteriormente a otras habilidades académicas relacionadas con la lectura y la escritura.
- **Play Time/Social Time (PT/ST).** Este programa de intervención tiene una duración de cuatro meses y tiene la finalidad de promover estrategias sociales eficaces tanto en la escuela como en casa trabajando seis habilidades explícitamente durante unos minutos al día: 1) compartir, 2) persistir, 3) pedir, 4) organizar el juego, 5) responder al intento de interacción de los iguales y 6) ayudar o pedir ayuda a los iguales.

El CLC considera importante que los logopedas fundamenten su intervención en prácticas basadas en la evidencia y que participen activamente en el diseño y la difusión de nuevos programas de intervención para los trastornos del lenguaje.

Intervenciones de mantenimiento de la función

La colaboración de los familiares es importante para reforzar los avances logrados mediante la terapia logopédica, incluso cuando su papel en el proceso terapéutico sea limitado. Los padres deben recibir información sobre las estrategias más efectivas para apoyar a sus hijos, fomentando el uso del lenguaje en diversas situaciones y contextos. Sin embargo, los docentes deben estar al corriente de los progresos del niño para proporcionarle oportunidades de desarrollo adecuadas, evitando exponerlo en situaciones que no se ajusten a su nivel evolutivo. Los logopedas deben orientar a las familias y la escuela en cuanto a actividades y adaptaciones que promuevan el mantenimiento de las mejoras alcanzadas en el tratamiento.

El CLC aconseja a profesionales clínicos, investigadores y estudiantes hacer estudios sobre la intervención de mantenimiento de los trastornos del lenguaje.

Intervenciones en el entorno

La corresponsabilidad entre logopedas, madres-padres y maestros, y la incidencia en el entorno mejora la eficiencia de los tratamientos, por lo que se debe planificar la intervención considerando los obstáculos y los facilitadores contextuales identificados a la evaluación con los códigos CIF.

Ámbito educativo

- Valorar con la escuela y el EAP las adaptaciones curriculares y modificaciones de las prácticas en el aula.
- Valorar el uso de estrategias de aprendizaje adecuados para los niños con TND.
- Favorecer el uso de procedimientos de evaluación alternativos en el aula que tengan en cuenta las necesidades del alumnado.
- Establecer canales de intercambios de información y estrategias con otros campos profesionales implicados (pediatría, enfermería, neurología, psicología, psiquiatría, etc.).

Ámbito sociofamiliar

- Contribuir a la mejora de la comunicación en el contexto familiar.
- Adaptar el domicilio de la persona según sus necesidades.
- Facilitar la participación de la persona en el entorno social con los soportes que sean necesarios.

El CLC aconseja a los profesionales clínicos, investigadores y estudiantes que realicen estudios sobre la intervención en el entorno.

Intervenciones no recomendadas

Aunque en el momento de la redacción de este documento no se conocían intervenciones desaconsejadas específicamente por la literatura científica, es importante mantener una revisión constante de las investigaciones para evitar la implementación de prácticas poco efectivas o potencialmente perjudiciales.

Prácticas con evidencia limitada o inexistente

Algunas intervenciones han sido ampliamente utilizadas en el pasado, pero la investigación reciente ha cuestionado su eficacia o ha mostrado resultados contradictorios. Por ejemplo:

- Programas basados exclusivamente en la repetición y la memorización de palabras: este tipo de intervención, sin contextualización ni aplicación funcional del lenguaje, ha sido cuestionada por varios estudios como Law et al., que sugieren que el aprendizaje del lenguaje es más efectivo en entornos naturales e interactivos.
- Métodos de estimulación auditiva pasiva: algunos programas han propuesto la mejora del lenguaje a través de la exposición a sonidos o estímulos auditivos sin interacción activa. Sin embargo, estudios como el de Gillam et al. han concluido que estas técnicas no tienen un impacto significativo en el desarrollo lingüístico de los niños con trastornos del lenguaje.

Intervenciones que no respetan la evidencia neurocientífica actual

- Técnicas de refuerzo conductual excesivo sin atención a la funcionalidad comunicativa: aunque las estrategias conductuales pueden ser útiles en determinados casos, el uso exclusivo de refuerzos sin fomentar la autonomía comunicativa puede ser limitante. Bishop alerta sobre la importancia de incorporar estrategias que promuevan la interacción y la intención comunicativa.
- Terapias milagrosas o sin base científica: hay que evitar la difusión de intervenciones que prometen resultados rápidos sin soporte empírico, como determinadas dietas o suplementos para la mejora del lenguaje, que carecen de evidencia científica consistente.

El CLC recomienda revisar periódicamente la literatura científica para identificar posibles prácticas ineficaces o potencialmente perjudiciales. Asimismo, se pone énfasis en la necesidad de basar cualquier intervención en estudios rigurosos y metodologías contrastadas para garantizar la calidad y la efectividad del tratamiento en niños con trastornos del lenguaje.

Equipamiento

El CLC recomienda los logopedas que lleven a cabo su tarea profesional en un espacio adaptado a las necesidades de los niños y de sus familias de acuerdo con la actividad evaluadora y el desarrollo de su intervención. Es importante velar por la adecuación y la actualización de los instrumentos de evaluación y por que el material específico de rehabilitación se adapte a la etapa de desarrollo del niño y las necesidades propias de los trastornos del lenguaje.

Es fundamental que los logopedas apliquen rigurosas medidas de higiene para garantizar la seguridad tanto de los pacientes como de ellos mismos. Estas medidas incluyen la desinfección regular del material y superficies de trabajo, el lavado de manos antes y después de cada sesión, el uso de utillaje de un solo uso cuando sea posible, y la ventilación adecuada de los espacios. Además, en los casos que así lo requieran, como en situaciones de riesgo de contagio, es importante utilizar mascarilla y guantes, y seguir los protocolos establecidos por las autoridades sanitarias. Estas prácticas son esenciales para prevenir infecciones y crear un entorno terapéutico seguro y de confianza.

127

Información de alta

Requisitos de alta

Para conocer el estado funcional del paciente en el momento del alta, es conveniente realizar una nueva evaluación con las mismas pruebas y escalas de la valoración inicial e informar del resultado obtenido después del proceso de intervención.

Se considera que el tratamiento puede finalizar cuando la evaluación integral indica que el estado de la persona ha mejorado significativamente respecto a su grado de severidad o bien cuando:

- Las tareas del tratamiento son repetitivas y ya no aportan cambios sustanciales en las habilidades o la persona no requiere un seguimiento constante para completar las tareas.
- La persona ha alcanzado el nivel más alto de capacidad funcional posible, ya que no se observan mejoras.
- La afectación lingüística no perjudica la participación en las actividades y no afecta al estado de salud ni a la autonomía de la persona.
- La competencia lingüística es equivalente a la de otras personas de la misma edad cronológica, género, etnia u origen cultural y lingüístico.

Dada la estrecha relación entre el TDL y los problemas en el lenguaje escrito, un niño que ha logrado un lenguaje adecuado en el campo expresivo y comprensivo al finalizar la intervención puede necesitar nuevamente atención en el proceso de aprendizaje de la lectoescritura.

Orientaciones para después del alta

En el momento del alta se dan unas recomendaciones al paciente y a sus familiares con el fin de optimizar la intervención y, en caso de que se considere adecuado, se recomendará material y pautas para continuar trabajando en el domicilio o en la escuela.

Codificación CIF

Capítulo	Código y descripción
FUNCIONES CORPORALES	
b1 Funciones mentales	b117 Funciones intelectuales
	b122 Funciones psicosociales globales
	b140 Funciones de la atención
	b156 Funciones de la percepción
	b1560 Percepción auditiva
	b1561 Percepción visual
	b1565 Percepción visoespacial
	b156 Funciones mentales del lenguaje
	b1670 Recepción de lenguaje
	b16700 Recepción de lenguaje oral
	b16701 Recepción de lenguaje escrito
	b16702 Recepción del lenguaje de signos
	b16708 Recepción del lenguaje, otras especificadas
	b16709 Recepción del lenguaje, no especificadas
	b1671 Expresión de lenguaje
	b16710 Expresión de lenguaje oral
	b16711 Expresión de lenguaje escrito
	b16712 Expresión de lenguaje de signos
	b16718 Expresión de lenguaje, otras especificadas
	b16719 Expresión de lenguaje, no especificadas
	b1672 Funciones integradoras del lenguaje
	b1678 Funciones mentales del lenguaje, otras especificadas
	b1679 Funciones mentales del lenguaje, no especificadas
b2 Funciones sensoriales y dolor	b230 Funciones auditivas
	b2300 Detección de sonidos
	b2301 Discriminación de sonidos
	b2304 Discriminación del habla
b3 Funciones de la voz y el habla	b330 Funciones relacionadas con la fluidez y el ritmo del habla
	b3302 Velocidad del habla
	b340 Funciones alternativas de vocalización

ACTIVIDADES Y PARTICIPACIÓN		
d1 Aprendizaje y aplicación del conocimiento	d110	Mirar
	d115	Escuchar
	d130	Copiar
	d133	Adquirir el lenguaje
	d135	Repetir
	d137	Adquirir conceptos
	d140	Aprender a leer
	d145	Aprender a escribir
	d166	Leer
	d170	Escribir
d2 Tareas y demandas generales	d2100	Llevar a cabo una tarea sencilla
d3 Comunicación	d310	Comunicación-recepción de mensajes hablados
	d315	Comunicación-recepción de gestos corporales
	d325	Comunicación-recepción de mensajes escritos
	d330	Hablar
	d340	Producción de mensajes en lengua de signos convencional
	d345	Mensajes escritos
	d350	Conversación
	d355	Discusión
	d360	Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación
d9 Vida comunitaria, social y cívica	d920	Tiempo libre y ocio
FACTORES AMBIENTALES		
e1 Productos y tecnología	e125	Productos y tecnologías para la comunicación
e5 Servicios, sistemas y políticas	e5800	Servicios sanitarios

Bibliografía

- Archibald, Lisa MD; Gathercole, Susan E. Visuospatial immediate memory in specific language impairment. *J Speech Lang Hear Res*. 2006;49(2):265-277.
- Acosta V, Ramírez-Santana G, Hernández S. Intervention in fluency problems in pupils with Specific Language Impairment (SLI) / Intervención en problemas de fluidez en alumnado con Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). *Infanc Aprendiz* [Internet]. 2016;39(3):466-98. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/02103702.2016.1189118>
- Aguado G, Coloma CJ, Martínez AB, Mendoza E, Montes A, Navarro R, et al. Documento de consenso elaborado por el comité de expertos en TEL sobre el diagnóstico del trastorno. *Rev Logop Foniatr Audiol* [Internet]. 2015;35(4):147-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2015.06.004>
- Andreu L, Sanz M. Del trastorn específic del llenguatge al trastorn del desenvolupament del llenguatge. *FUOC*. 2021.
- Bahamonde Godoy C, Serrat Sellabona E, Vilà Suñè M. Intervención en Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL). Una revisión sistemática (2000-2020). *Rev Investig Logop* [Internet]. 2021;11(Especial):21-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5209/rlog.71975>
- Baxendale J, Hesketh A. Comparison of the effectiveness of the Hanen Parent Programme and traditional clinic therapy. *Int J Lang Commun Disord* [Internet]. 2003;38(4):397-415. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/1368282031000121651>
- Bishop DVM. What causes specific language impairment in children? Current directions in psychological science. 2006; 15(5): 217-221.
- Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T, and the CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2017;58(10):1068-80. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T, CATALISE consortium. CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLoS One* [Internet]. 2016;11(7):e0158753. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Carmona-Vázquez CR, Peña-Landín DM, Cornelio-Nieto JO, et al. Hallazgos en resonancia magnética cerebral en veinte pacientes pediátricos con trastorno específico del lenguaje. *Rev Mex Neuroci*. 2014;15(5):251-258
- Conti-Ramsden G. Processing and Linguistic Markers in Young Children With Specific Language Impairment (SLI). *J Speech Lang Hear Res*. 2003;46(5): 1029-1037. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2003\)082](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2003)082)
- Dewey D. What is comorbidity and why does it matter in neurodevelopmental disorders? *Curr Dev Disord Rep* [Internet]. 2018;5(4):235-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40474-018-0152-3>
- Gillam RB, Loeb DF, Hoffman LM, Bohman T, Champlin CA, Thibodeau L, et al. The efficacy of Fast ForWord Language intervention in school-age children with language impairment: a randomized controlled trial. *J Speech Lang Hear Res* [Internet]. 2008;51(1):97-119. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388\(2008\)007](http://dx.doi.org/10.1044/1092-4388(2008)007)
- Girolametto L, Weitzman E. It takes two to talk-the Hanen Program for parents: Early language intervention through caregiver training. A: Mccauley R, Fey M, editors. *Treatment of language disorders in children*. 2006. p. 77-103.
- Girbau D, Schwartz RG. Non-word repetition in Spanish-speaking children with Specific Language Impairment (SLI). *Int J Lang Commun Disord* [Internet]. 2007;42(1):59-75. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13682820600783210>

- Law J, Dennis JA, Charlton JJV. Speech and language therapy interventions for children with primary speech and/or language disorders. *Cochrane Libr* [Internet]. 2017; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.cd012490>
- Leonard C, Eckert M, Given B, Virginia B, Eden G. Individual differences in anatomy predict reading and oral language impairments in children. *Brain* [Internet]. 2006;129(Pt 12):3329-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/brain/awl262>
- McGrath, L.M., Hutaff-Lee, C., Scott, A. et al. Children with Comorbid Speech Sound Disorder and Specific Language Impairment are at Increased Risk for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Abnorm Child Psychol* 36, 151-163 [2008]. <https://doi.org/10.1007/s10802-007-9166-8>
- McGregor KK. How we fail children with developmental language disorder. *Lang Speech Hear Serv Sch* [Internet]. 2020;51(4):981-92. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1044/2020_LSHSS-20-00003
- Mendoza E. Trastorno específico del lenguaje (TEL). *Avances en el estudio de un trastorno invisible*. Madrid: Pirámide; 2016.
- Mountford HS, Braden R, Newbury DF, Morgan AT. The genetic and molecular basis of developmental language disorder: A review. *Children (Basel)* [Internet]. 2022;9(5):586. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/children9050586>
- Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *J Child Psychol Psychiatry* [Internet]. 2016;57(11):1247-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- Pennington L, Thomson K, James P, Martin L, McNally R. Effects of It Takes Two to Talk - The Hanen Program for Parents of Preschool Children With Cerebral Palsy: Findings From an Exploratory Study. *J Speech Lang Hear Res*. 2009;52:1121-38.
- Redmond SM. Language impairment in the attention-deficit/hyperactivity disorder context. *J Speech Lang Hear Res*. 2016; 59(1): 133-142. https://doi.org/10.1044/2015_JSLHR-L-15-0038
- Serra M. Estudio del consenso en la nosología y la terminología del trastorno específico del lenguaje (TEL) en lengua catalana [Cataluña y Mallorca] con metodología Delphi. *Rev Logop Foniatr Audiol* [Internet]. 2022;42(1):41-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rlfa.2020.07.001>
- Vandormael C, Schoenhals L, Hüppi PS, Filippa M, Borradori Tolsa C. Language in preterm born children: Atypical development and effects of early interventions on neuroplasticity. *Neural Plast* [Internet]. 2019;2019:6873270. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2019/6873270>
- Villanueva P, Nudel R, Hoischen A, Fernández MA, Simpson NH, Gilissen C, et al. Exome sequencing in an admixed isolated population indicates NFXL1 variants confer a risk for specific language impairment. *PLoS Genet* [Internet]. 2015;11(3):e1004925. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pgen.1004925>
- Yew, S.G.K., O'Kearney, R. The Role of Early Language Difficulties in the Trajectories of Conduct Problems Across Childhood. *J Abnorm Child Psychol* 43, 1515-1527 [2015]. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-0040-9>
- Ygual-Fernández A, Miranda-Casas A, Cervera-Mérida JF. Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol Clin*. 2000;1(1): 193-202.
- What Works database - Speech and Language UK: Changing young lives [Internet]. Speech and Language UK: Changing young lives. 2023. Disponible en: <https://speechandlanguage.org.uk/educators-and-professionals/what-works-database/>