

Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación: desarrollo del lenguaje, signos de alerta, enfoque diagnóstico y tratamiento

María Gortázar Díaz⁽¹⁾, Inmaculada Ramos Sánchez⁽²⁾, Irene Sofía Machado Casas⁽³⁾, Ana Alás Rupérez⁽⁴⁾, Daniel Martín Fernández-Mayoralas⁽⁵⁾, Sergio Aguilera Albesa⁽⁶⁾, M.ª Luisa Poch Olivé⁽⁷⁾, Esther Cardó Jalón⁽⁸⁾

⁽¹⁾Centro de Atención Infantil Temprana. Lebrija. Sevilla

⁽²⁾Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

⁽³⁾Hospital Universitario San Cecilio. Granada

⁽⁴⁾Centro COMUNICA. Hospital Universitario Quirón. Madrid

⁽⁵⁾Hospital Universitario Quirón. Madrid

⁽⁶⁾Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

⁽⁷⁾Hospital San Pedro. Logroño

⁽⁸⁾Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca

Gortázar Díaz M, Ramos Sánchez I, Machado Casas IS, Alás Rupérez A, Martín Fernández-Mayoralas D, Aguilera Albesa S, et al. Trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación: desarrollo del lenguaje, signos de alerta, enfoque diagnóstico y tratamiento. *Protoc diagn ter pediatr*. 2022;1:31-42.



1. INTRODUCCIÓN

Para el abordaje de las alteraciones del lenguaje, del habla y de la comunicación en los primeros años de vida por el pediatra de Atención Primaria (AP) o de Atención Especializada (AE) se van a exponer en primer lugar las características evolutivas del lenguaje normal y los signos de alerta, se continuará con la detección, el proceso diagnóstico y el diagnóstico diferencial de estos trastornos, para terminar con la actitud terapéutica y su Intervención en servicios especializados.

2. DESARROLLO DEL LENGUAJE. SIGNOS DE ALERTA

El lenguaje en el niño es uno de los hitos del desarrollo con mayor variabilidad interindividual; se inicia cuando el niño nace y se va consolidando en torno a los 6-7 años. En condiciones normales, el lenguaje expresivo discurre paralelo al lenguaje comprensivo y para su conformación y desarrollo necesita unos factores biológicos o instrumentales (madurez neurosensorial, motricidad bucofacial), cognitivos (el conocimiento de los componentes formales y funcionales) y, por último y muy importantes, los factores cultura-

les y socioafectivos, ya que el niño va a aprender a reproducir sonidos y palabras si las oye con claridad y frecuencia y si las asocia con sensaciones agradables que tengan significado para él.

La cronología del desarrollo normal para la comunicación y para el lenguaje comprensivo y expresivo está detallada en la **Tabla 1**. En los niños pretérmino hay que considerar la edad corregida en el ritmo de adquisiciones del desarrollo, al menos hasta los 2 años.

Los signos de alerta del desarrollo del lenguaje, del habla y de la comunicación se recogen en la **Tabla 2**.

A ellos hay que añadir la presencia a cualquier edad de una pérdida o regresión en los hitos del desarrollo de la comunicación y del lenguaje. El pediatra deberá también diferenciar aquellas alteraciones que son aisladas de las que pueden englobarse en un trastorno más amplio, valorando todas las áreas del desarrollo.

Tabla 1. Desarrollo de la comunicación, habla y del lenguaje expresivo y comprensivo

<p>1-9 meses. Comunicación preverbal no intencional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestra interés y atención preferente por las caras y la sonrisa social • Se sobresalta ante ruidos fuertes (2-3 m). Lloro para cubrir sus necesidades (hambre, sueño, dolor) identificando la madre cada tipo de llanto con cada una de ellas. Se tranquiliza con la voz de la madre. Prefiere que le hablen con una entonación dulce y suave. Entre los 4-6 meses se orienta cuando le hablan (4-6 m) • Produce sonidos vocales y algunas consonantes -m, p, b, t, g- (balbuceo), como juego vocal o para llamar la atención al final de etapa (4-7 m)
<p>9-12 meses. Comunicación preverbal: etapa intencional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disfruta de los juegos sociales y reacciona a las expresiones emocionales de las personas familiares • Responde a su nombre y a algunas palabras familiares de objetos/personas o rutinas presentes (3 a los 9 meses, 4-12 a los 12 meses) • Imita algunos sonidos, al inicio de su repertorio, luego sonidos nuevos, y se incrementa la imitación de gestos sociales y expresiones/movimientos faciales. Produce varios sonidos distintos consonante + vocal (CV) y los combina en cadenas de balbuceo duplicado (6-11 m) y no-duplicado (9-18 m) • Primeras conductas comunicativas intencionales. Comienza a usar gestos para pedir objetos, acciones, atención o interacción social; para rechazar y para saludar (gesto de no con la cabeza, empujar la mano del adulto para que continúe con una actividad, gesto de señalar con la mano). Comienza a combinar gestos y vocalizaciones
<p>12-18 meses. Comunicación verbal inicial</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le gusta enseñar aquello que le gusta o llama la atención, mostrándolo o señalándolo con el dedo, y participar en juegos compartidos con un adulto familiar • Usa distintos gestos naturales, al menos 6, para expresar sus deseos, compartir objetos o eventos, rechazar y saludar o tener un intercambio social • Comprende algunas palabras referidas a objetos, personas y rutinas de la vida diaria, siempre que estén presentes (4-12 palabras al año y entre 50-100 palabras a los 18 meses). Sigue órdenes simples: dame, toma, mira. Busca con la mirada un objeto o persona que se le nombra (mama, papá, pelota) • Mejora el control automático de las estructuras orales y realiza movimientos intencionales orales, como por ejemplo, soplar, sacar la lengua, mímica de comer o mímica de beso • Produce distintas consonantes (entre 4-6 al final de etapa) y las combina en balbuceo no duplicado o en un “charloteo” llamado “jerga expresiva”. Primeros intentos de reproducir palabras adultas por ensayo-error. Produce las primeras palabras aisladas (entre 1-3 palabras a los 12 meses y entre 10-40 palabras hacia los 18 meses) con predominio de estructura silábica CV, VCV y CVCV duplicada. CVCV semiduplicadas al final de etapa (ma/más, ete/este, mamá, papi)

18-24 meses. Primeras combinaciones de palabras

- Responde a nombres de objetos o personas no presentes, además de a palabras de acción y primeras instrucciones de dos palabras (“dame X”, “dáselo a X”)
- Vocabulario receptivo superior a 100 palabras al final de etapa. Señala algunos dibujos o fotos cuando se los nombran
- Utiliza alrededor de 20-50/100 palabras, con un repertorio de al menos 5-6 consonantes (m, n, p, b, t, w) y varias vocales. Son palabras sencillas y cortas, generalmente de una o dos sílabas (CV-, VCV, CVCV: má/más, ete/este, ati/aquí, mamá, tato/pato). Comienza a combinar dos palabras para expresar ideas (mamá ven, ete aquí, más pan, coche papá) aunque a menudo no se le entiende. Inteligibilidad: 30-60%. Aparecen primeras palabras gramaticales (aproximación al artículo sin concordancia, primeras preposiciones (“a”), primeros pronombres posesivos, personales y demostrativos (yo-mi-mío-tu-tuyo-este), primeros adjetivos y primeros adverbios (aquí, allí). Además, se incrementa el número de verbos. Comienza a usar el lenguaje para dar y pedir información (contestar y hacer preguntas; por ejemplo, responde a “¿qué es esto?” y a “¿dónde está X?”)

24-30 meses. Fase de formación gramatical

- Responde a consignas que interrelacionan dos objetos (“pon X en Z”). Responde a preguntas referidas a: qué (objeto), qué (acción), dónde (localización) en historias o acontecimientos familiares. Identifica objetos por uso funcional. Entiende el plural
- Produce gran variedad de palabras, articulando bastante bien las palabras cortas a excepción de aquellas que contienen sonidos difíciles. Los sonidos que produce bien son generalmente m, n, p, t, b; los sonidos k, g, j, s, z se van alcanzando entre esta etapa y la siguiente. Produce bisílabas y algunas consonantes finales, inicia trisílabas aunque todavía con reducciones al inicio de etapa. Inteligibilidad 51-70%. Produce emisiones de tres elementos (“Mamá coche aquí”, “quiero comer galleta” “un coche grande”). Utiliza el artículo en concordancia con el nombre. Consolida plurales de nombres. Uso cada vez más diferenciado de pronombres personales, posesivos y demostrativos (este, mío, yo). Utiliza pronombres interrogativos qué y dónde. Utiliza alrededor de 5 preposiciones (a, en, con, de, para, por). Utiliza verbos copulativos ser y estar. Utiliza el pretérito perfecto (he comido)

30-36 meses. Fase de consolidación de la gramática simple

- Responde a consignas de dos y tres elementos (pon x en z, dale x a z), incluyendo consignas con conceptos espaciales básicos (encima, debajo, dentro: “pon el coche encima de la mesa”) y primeros atributos (tamaño o color, por ejemplo: “dame el coche grande” o “ponlo en el coche grande”)
- Responde a órdenes coordinadas formadas por cláusulas de dos elementos (“ponte de pie y salta”). Responde a preguntas: qué/objeto, qué/acción, dónde/localización, con qué/instrumento, quién/identidad o agente, de quién/posesión, inicia por qué/causalidad
- Tiene un vocabulario amplio (usa entre 200/500-1000 palabras) y pronuncia bien bastantes palabras de dos sílabas, aunque todavía puede omitir alguna consonante de palabras de tres sílabas o de multisilábicas. Imita palabras trisílabas. Inteligibilidad: 71-90%
- Puede producir bien distintas consonantes, al menos m, n, ñ, p, t, k, b. Produce emisiones de 4 elementos. Utiliza los interrogativos por qué, cómo, cuándo, de quién. Utiliza el pretérito perfecto (he comido), el gerundio (comiendo), el pretérito imperfecto (comía), el presente del subjuntivo (coma). Utiliza adverbios de lugar, de tiempo, de modo y de cantidad

36-48 meses. Fase de primeras oraciones compuestas

- Responde a frases largas, incluyendo instrucciones o preguntas que incluyen dos oraciones unidas o coordinadas, por ejemplo: “Mete el cubo en la taza y apaga la luz”. Responde a preguntas como “por qué”, “para qué” y “cual” referidas a objetos o personajes cotidianos o presentes
- Escucha historias largas
- Posee un vocabulario amplio (más de 1000 palabras) Al final de etapa, articula bien la mayor parte de los sonidos con posibles excepciones de /r/ y /rr/ y /s/ o /z/. Produce bien palabras bisílabas y trisílabas, aunque todavía puede reducir las multisilábicas. Puede comenzar a producir algún grupo consonántico (plato) aunque con reducciones hasta los 6 años. Sonidos producidos: m, n, ñ, p, t, k, b, d, g, f, s (80%); z (70%); j (80%); ch (80%); l (80%); ll (80%); r (80%); rr (70%). Usa oraciones compuestas (coordinadas y subordinadas)
- Se incrementan los conceptos espaciotemporales (al menos utiliza: encima-debajo, delante-detrás, lejos-cerca, en medio de, derecha-izquierda, ahora, después, hoy, ayer, mañana, luego, pronto); de cantidad (muchos, cuantos, algunos, todos, uno, dos, tres) y de modo (igual, despacio, así)
- Conoce su nombre y apellidos, además de la calle en la que vive. Mantiene conversaciones y comienza a narrar acontecimientos contando lo que ha hecho en el colegio o lo que le ha sucedido hace unos instantes

4-7 años. Culminación del sistema fonológico e introducción a la gramática narrativa y al estilo

El habla es prácticamente correcta a partir de aproximadamente los 5 años, a excepción de alguna simplificación de grupos consonánticos con /r/. Prácticamente ha adquirido casi toda la gama de estructuras oracionales y tipos de oraciones. En sus relatos comienzan a introducir progresivamente los elementos de la gramática de los cuentos

Extraído de Gortázar 2021.

Tabla 2. Signos de alerta en el desarrollo del lenguaje, del habla y de la comunicación (Gortázar, 2021)

<p>1-12 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Defectos en las diferentes etapas del desarrollo vocálico. 3-4 meses: llanto o chillido débil; 5-9 meses: ausencia de sonidos simples voluntarios utilizados para llamar la atención o como juego vocal (vocales mantenidas y consonantes imprecisas); 9-12 meses: ausencia de producción de sílabas CV aisladas y posteriormente de reduplicaciones en cadena (balbuceo duplicado período normal 6-12 m) Defectos de comprensión: falta de respuestas de orientación al sonido y a la voz humana. Desatención al lenguaje o falta de respuesta al oír su nombre (6-8 m). Falta de respuesta a rutinas de la vida diaria en contexto y al escuchar “no” (8-12 m)
<p>12-15 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de balbuceo No señala para expresar lo que quiere Falta de atención al lenguaje de otros y ausencia de respuestas a gestos comunicativos, como “dame, toma, mira”, acompañados de palabras en contextos significativos Ausencia de miradas alternativas objeto-adulto para compartir la atención sobre objetos o para compartir emociones
<p>18-24 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Ausencia de gestos para compartir la atención del adulto sobre objetos o experiencias que llaman su atención Utilizar menos de 6-10 gestos comunicativos Producir menos de 10 palabras a los 18-20 meses o menos de 50 palabras a los 24 meses Comprender menos de 50 palabras; no responder a dónde/localización, señalando el objeto o persona por el que se le pregunta
<p>24-30 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Producir menos de 50 palabras o producir palabras con tan solo sílabas duplicadas o monosílabos Inventario de sonidos restringido con producción de menos de 4-5 consonantes No hace frases de 2 palabras No responder a órdenes acción-objeto o acción-localización (“qué, dónde”) Frecuencia baja de actos comunicativos (menos de 5 por minuto)
<p>30-36 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> Ininteligibilidad mayor del 70% Ecolalias, repite demasiado lo que se le dice No hace frases de 3 palabras (sujeto-verbo-objeto) Ausencia de preguntas mediante variaciones tonales Incapacidad para comprender órdenes verbales simples o de responder a palabras de nombres de objetos sin claves contextuales o visuales presentes Problemas para responder a estructuras interrogativas básicas Problemas de autorregulación personal (atención mantenida insuficiente, impulsividad, inquietud motora, etc.) o dificultades de coordinación motora; problemas de recuperación léxica

3. DETECCIÓN Y PROCESO DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL HABLA, DEL LENGUAJE Y DE LA COMUNICACIÓN

La evaluación del desarrollo psicomotor en general y del lenguaje en particular debe ser estructurada y minuciosa, analizando los hitos alcanzados en cada etapa madurativa. La presencia de signos de alerta es indicador de

la necesidad de una evaluación más detenida y especializada.

3.1. Detección

La detección de una alteración en el desarrollo del lenguaje y de la comunicación puede ser realizada por los padres o la familia, por los profesionales de la guardería, escuela infantil o colegio

que atienden al niño o por los pediatras de AP en el seguimiento del control del niño sano, donde se realiza una vigilancia periódica del desarrollo y donde se pregunta a los padres sobre sus preocupaciones acerca del desarrollo de sus hijos.

Las herramientas habituales utilizadas para el cribado en el seguimiento en AP en nuestro país son la escala Haizea-LLevant y el Denver II. El Cuestionario Modificado de Detección Temprana de Autismo M-CHAT y su reciente versión M-CHAT-R/F pueden detectar también otros trastornos de la comunicación y del lenguaje, y se aconseja aplicarlo como cribado a los 18 y a los 24 meses, en niños de alto riesgo (antecedentes familiares de trastorno del espectro del autismo [TEA], trastornos neurológicos que cursan con un trastorno sociocomunicativo, prematuridad, trastornos de la comunicación social o con signos de alerta de TEA...).

3.2. Valoración diagnóstica

La valoración diagnóstica por parte del pediatra de AP, por profesionales de AE (Neuropediatría, Foniatría, Psiquiatría infantil, ORL-Audiología, Psicología Clínica, Logopedia) o por profesionales de Atención Temprana se inicia con una correcta **historia clínica**, que va a intentar dar respuesta a tres preguntas importantes de los padres o tutores: ¿qué le pasa a mi hijo?, ¿por qué le pasa? y ¿cómo le ayudamos?

3.3. Anamnesis

3.3.1. Motivo de consulta

Recabar información de los padres o tutores sobre:

- Sus preocupaciones respecto al desarrollo del lenguaje, la comunicación y el habla del

niño y también en relación con el desarrollo psicomotor global: ¿qué les preocupa?, ¿a quién le preocupa?, ¿desde cuándo les preocupa?

- El desarrollo psicomotor hasta el momento de consulta de todas las áreas: regresión o pérdida de habilidades, variabilidad, ritmo lento de adquisiciones, edad de inicio de los síntomas. Profundizar en el ritmo de adquisición del lenguaje comprensivo y expresivo, del área motora y socioemocional, así como del funcionamiento adaptativo (aprendizaje y resolución de problemas).
- La interacción del niño con las personas que le rodean y con los extraños: si les parece que oye bien y comprende y cumple órdenes, si realiza gestos de comunicación y qué tipo de gestos, qué palabras y frases emite, si su habla es solo comprendida en casa o en todos los entornos por igual, cómo es el estilo comunicativo de los padres con el niño, cómo se estimula el lenguaje del niño por la familia: cuentos, canciones, juegos...
- A qué juega y con quién juega (en casa, en el parque...), cuánto tiempo dedica el niño a las pantallas: televisión, tableta, ordenador, móvil...
- Cómo está integrado en la guardería/escuela infantil o colegio, mediante informes. Cómo es el lenguaje comprensivo y expresivo y la interacción con sus iguales y con los profesionales que lo atienden.
- Cómo es el día a día del niño, quién lo cuida, qué pautas de crianza se siguen, cómo come y cómo son sus hábitos de alimentación y sueño.

3.3.2. Antecedentes familiares

- Historia familiar de:
 - Trastorno de la comunicación o del lenguaje o del habla.
 - Otros trastornos del neurodesarrollo: TEA, TDAH, discapacidad intelectual, retraso global del desarrollo, trastorno específico del aprendizaje.
 - Hipoacusia neurosensorial.
- Riesgo sociofamiliar.
- Inmigración.

3.3.3. Antecedentes personales

- Gestación: técnicas de reproducción asistida, CIR, consumo de posibles teratógenos fetales (alcohol, drogas, fármacos, etc.), infecciones, gemelaridad.
- Parto y periodo neonatal: prematuridad, bajo peso para la edad gestacional; otros factores de riesgo neurológico, sensorial (auditivo o visual) o psicosocial.
- Tipo de lactancia y alimentación complementaria. Trastornos.
- Resultado del cribado auditivo neonatal: OEA a todos los recién nacidos, junto a PEAT al recién nacido de riesgo sensorial auditivo.
- Patología ORL estructural o crónica.
- Síndromes dismórficos.

- Patología neurológica o extraneurológica aguda o crónica.
- Bilingüismo.

3.4. Exploración y evaluación

- Realizar una exploración física que incluya un examen neurológico, medición del perímetro cefálico y atención a las características asociadas con los síndromes genéticos, como dimorfismos y hallazgos cutáneos sugerentes. Detectar la presencia de comorbilidades como: signos motores (espasticidad, ataxia, hipotonía), micro- o macrocefalia, u otras patologías médicas asociadas como cataratas, problemas de visión y audición, cardiopatías congénitas, etc.
- Además de las características del fenotipo físico, se debe valorar el fenotipo conductual: inquietud psicomotora, estereotipias, etc.
- Es importante dedicar tiempo para observar al niño mientras juega e interactúa con las personas de su entorno, hablar con él, hacerle preguntas acordes a su edad, para poder detectar problemas de emisión (articulación, fluencia, léxico, morfosintaxis), recepción o de comprensión. Valorar la comunicación: si mira a la cara al llamarlo y mientras jugamos con él, si mantiene la mirada, si realiza una atención conjunta y gestos para demandar o compartir lo que ve con el adulto... Se recomienda pasar el Cuestionario M-CHAT o M-CHAT-R/F a niños entre 15 y 30 meses que tengan criterios de riesgo.

3.5. Diagnóstico, diagnóstico diferencial y transmisión de la sospecha diagnóstica a la familia

Tras unas correctas anamnesis y exploración se van a detectar los **signos de alerta** en el ritmo de adquisiciones y en las características del lenguaje (comprensivo y expresivo), del habla y de la comunicación (expresados en la **Tabla 2**).

De todos los signos de alerta, **los criterios consensuados para derivar a un niño para su evaluación inmediata e intervención**, si procede, por parte del especialista del lenguaje se recogen en la **Tabla 3**. Hay que tener en cuenta que no todos tienen el mismo valor pronóstico y que la suma de varios identificadores indicaría un mayor riesgo o necesidad de derivar al niño para iniciar el proceso de evaluación/intervención del lenguaje.

Tabla 3. Criterios para derivar a una evaluación/intervención del lenguaje, del habla y de la comunicación

<p>Dificultad en la respuesta a los sonidos. Ya desde los 6-9 meses de edad es importante confirmar que el niño responde activamente a las voces de sus familiares y busca con los ojos la fuente de un sonido</p>
<p>Dificultad para usar la mirada y la expresión facial para compartir la emoción o la atención de algo que le interesa o algo que le gusta o le disgusta con un adulto familiar, a partir de los 8-9 meses de edad o, con más claridad, 9-12 meses. Incluye dificultad para localizar objetos señalados por otros / seguir la mirada de otro o usar miradas alternativas objeto-persona para compartir focos de atención conjunta</p>
<p>Reducido empleo de gestos comunicativos, con menos de 6 gestos a los 15 meses (el promedio es de 16 gestos hacia los 16 meses de edad: https://firstwordproject.com/) tales como el gesto de negar lo que no quiere (9 meses), mostrar objetos (10 meses), señalar con el dedo lo que quiere o lo que llama su atención (12-14 meses), asentir con la cabeza (15 meses). Entre los 12-18 meses es fundamental valorar el uso variado de gestos distales y simbólicos con función declarativa, de intercambio social y personal (rechazo e inicios acompañamiento de acción)</p>
<p>Alteraciones respecto al lenguaje expresivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de balbuceo y jerga expresiva entre los 12-18 meses y producción de menos de 4 consonantes, junto a todas las vocales, a los 24 meses • Ausencia de palabras aisladas o un vocabulario expresivo menor de 10 palabras entre los 18-20 meses o menor de 50 palabras entre 21-30 meses • Ausencia de combinaciones de dos palabras a los 24 meses • Ausencia de enunciados con tres palabras (sujeto verbo objeto) a los 36 meses <p>Alteraciones en la comprensión del lenguaje manifestada en alguno de estos patrones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de respuesta a su nombre después de los 9-12 meses • Ausencia de identificación receptiva de palabras entre los 12-18 meses; ≤ 3 palabras a los 18 meses; $\leq 5-10$ palabras a los 24 meses • No responder a órdenes simples acción-objeto o acción-localización entre los 24-30 meses • Retraso mayor de 6 meses en comprensión
<p>El riesgo es mayor si estos criterios se acompañan de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de TL/TDL, TEA, sobre todo en familiares de primer grado • Otitis media de repetición • Factores de riesgo neurológico y sensorial auditivo en periodo pre- o perinatal (prematuridad, bajo peso...) • Entorno familiar con privaciones o disfuncional • Problemas de autorregulación personal (atención mantenida insuficiente, impulsividad, inquietud motora, etc.) o dificultades de coordinación motora

Se realizará un **diagnóstico diferencial**, que para su exposición hemos dividido en: el niño que tarda en hablar, el niño que habla mal y el niño que deja de hablar (ver **Tabla 4**). El diagnóstico diferencial de los trastornos del neurodesarrollo que afectan al lenguaje, antes de los 2 o 2 años y medio de edad, es a menudo difícil de delimitar, pero esto no debe ser óbice para que no se inicie el proceso de evaluación/intervención temprana lo antes posible. La asociación de signos de alerta en el desarrollo psicomotor global en la exploración física y

conductual que nos haga sospechar un retraso global del desarrollo / discapacidad intelectual o TEA, son ampliamente desarrollados en sus respectivos protocolos, a los que remitimos.

Ante los signos de alerta y tras la transmisión de la sospecha diagnóstica a la familia, se remitirá al niño a los servicios de AE, Atención Temprana y Orientación Educativa para su valoración y la realización de un diagnóstico etiológico y funcional y para el inicio precoz del tratamiento que precise.

Tabla 4. Diagnóstico diferencial de los trastornos del lenguaje, del habla y de la comunicación en el niño

A. El niño que tarda en hablar	
A.1. Hablantes tardíos (HT)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación preverbal y habilidades sociales generalmente normales • Leve retraso en la adquisición del lenguaje, con aparición tardía de las primeras palabras (a veces hasta los 24 meses) y primeras combinaciones de palabras, con posterior evolución positiva hasta prácticamente la normalidad hacia los 30 meses. Perfiles de lenguaje homogéneos. Algunos evolucionan a TL/TDL o mantienen problemas de lenguaje leves • Comprensión normal o casi normal, aunque puede haber un avance lento del vocabulario receptivo y primeras consignas hasta los 24-30 meses • Dificultades transitorias. Supuesta remisión entre 2,5-3 años con rápida evolución tras la intervención temprana
A.2. Trastorno del lenguaje / trastorno del desarrollo del lenguaje (TL / TDL)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación preverbal lenta e irregular en muchos casos. Habilidades sociales alteradas • Retraso persistente en el desarrollo del lenguaje con niveles de gravedad de moderados a graves y perfiles del lenguaje más heterogéneos y atípicos que los casos de HT. Es frecuente que las primeras palabras no aparezcan hasta los 30-36 meses o que el vocabulario sea menor de 50-100 palabras entre los 30-36 meses, o que mantengan a esa edad un grado de ininteligibilidad superior al 70%. Primeras combinaciones SVO después de 4 años • Alta frecuencia de problemas de comprensión, aunque no todos • Dificultades persistentes, en cualquiera de las dimensiones del lenguaje, fundamentalmente en la morfosintaxis y en la semántica • Niños que tienen trastornos del lenguaje a los 5 años de edad es probable que continúen teniendo problemas significativos a lo largo de los años de escolarización
A.3. Trastorno de la comunicación social (TCS)	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicación preverbal y habilidades de interacción social alteradas • Retraso marcado en la adquisición del lenguaje con buena evolución en aspectos formales y anomalías en el desarrollo pragmático y semántico. Algunos niños no comienzan a hablar hasta los 3-4 años. En los inicios es frecuente la coexistencia de la ecolalia y la jerga. Se registran déficits en el uso social del lenguaje, sin que exista déficits de la reciprocidad social y de flexibilidad mental o patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses indicativos de TEA • La comprensión de palabras aisladas y de oraciones simples suelen llegar a ser correctas, persistiendo problemas importantes en la comprensión del discurso narrativo y conversacional. Dificultades persistentes

A.4. Retraso global del desarrollo (RGD) o discapacidad intelectual (DI)	<ul style="list-style-type: none"> Retraso global que afecta de forma más o menos homogénea a todas las áreas, verbales y no verbales. Dificultad marcada para procesar gran cantidad de información de forma eficaz y de programar una conducta que permita una adaptación social favorable. Los niños con DI son diagnosticados como retraso global del desarrollo en los primeros 4 años Lentitud en el inicio y en la organización del lenguaje, con una estructura pobre, tanto en la expresión como en la parte conceptual y semántica de la palabra Dificultades persistentes
A.5. Trastorno del espectro autista (TEA)	<ul style="list-style-type: none"> Retraso y graves alteraciones en la comunicación preverbal. Déficits severos y persistentes de interacción social Perfiles lingüísticos variados en lo que respecta a los aspectos formales del lenguaje (fonología y morfosintaxis). Mayor frecuencia de ecolalias, producción de preguntas reiterativas o utilización estereotipada del lenguaje que en los casos de TL/TDL Trastorno de la comprensión del lenguaje con perfiles variados Dificultades persistentes tanto de interacción y comunicación social como en la presencia de patrones repetitivos y restringidos de conductas, actividades e intereses
A.6. Carencia socioafectiva	<ul style="list-style-type: none"> Estimulación lingüística pobre por carencia emocional; si no hay institucionalización, investigar la sustitución del cuidador o interlocutor tradicional por la televisión o videojuegos
B. El niño que deja de hablar	
B.1. Afasia adquirida aguda/subaguda de causa orgánica	<ul style="list-style-type: none"> Secundaria a lesión cerebral producida por infecciones, ictus, tumores cerebrales, etc. En la mayoría de los casos, junto con una detención o regresión del lenguaje, hay una exploración neurológica anormal
B.2. Mutismo selectivo	<ul style="list-style-type: none"> Incapacidad persistente para hablar en determinadas situaciones sociales, cuando el niño es capaz de hacerlo en otros contextos, sin defectos de la fluidez, ni problemas de comprensión ni de expresión en su lenguaje (clasificado en la categoría de trastornos de ansiedad en el DSM-5)
B.3. Afasia progresiva con deterioro neurológico	<ul style="list-style-type: none"> Acompañada de otras comorbilidades como trastornos conductuales, regresión de otras esferas del desarrollo psicomotor, epilepsia, trastornos neurosensoriales, hepatopatías, etc. Son debidas a enfermedades neurodegenerativas, errores congénitos del metabolismo, afasia-epiléptica, entre otros
C. El niño que habla mal	
C.1. Disartria	<ul style="list-style-type: none"> Alteraciones articulatorias y en la pronunciación, bien por afectación de las vías motoras centrales, los nervios craneales o los grupos musculares de la zona bucofaringea (por ejemplo, parálisis cerebral)
C.2. Trastornos fonéticos (dislalia) o fonológicos	<ul style="list-style-type: none"> Las alteraciones fonéticas se refieren a la dificultad para articular adecuadamente los sonidos esperables para una determinada edad cronológica Las alteraciones fonológicas consisten en la permanencia de procesos de aproximación al habla adulta que según la edad cronológica han de ir desapareciendo y que se deben a un uso inadecuado de los segmentos contrastivos, fonemas, del habla. El sujeto logra articular de forma aislada o en sílabas el sonido, pero no lo usa durante el lenguaje espontáneo dentro de las palabras A diferencia del TL/TDL, se afecta solo la dimensión fonética o fonológica
C.3. Apraxia del habla infantil (dispraxia verbal)	<ul style="list-style-type: none"> Desorden neurológico que afecta a la planificación y producción del habla. Supone una pérdida o dificultad en la habilidad para organizar o planificar intencionalmente la secuencia de movimientos necesarios para producir sonidos del habla o su secuenciación en sílabas o palabras No existe debilidad, incoordinación o parálisis en la musculatura del habla, como es el caso de la disartria

<p>C.3. Alteraciones del habla de base orgánica (disglosias)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando existe una alteración de la articulación de distintos fonemas o de la resonancia del habla (hiper- o hiponasalidad) debido a anomalías anatómicas de los órganos del habla (labios, lengua, paladar): labio leporino, fisura palatina, macroglosia, malposiciones dentarias, retrognatía, prognatismo, etc.
<p>C.4. Trastornos de la fluidez del habla de inicio en la infancia (TFI) (disfemia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es un TC que se caracteriza por una ruptura involuntaria en la fluidez del habla aun cuando el sujeto sepa lo que quiere decir • Se ha de diferenciar de: <ul style="list-style-type: none"> – Las disfluencias normales del habla (como repeticiones de palabras enteras o frases, interjecciones, frases incompletas, pausas vacías...). – De efectos secundarios de fármacos y de síndrome de Tourette – Taquifemia (discurso rápido, difícil de entender, discurso desorganizado y con alteraciones del lenguaje, con asociación de falta de conciencia del problema) – Tartamudez neurogénica (secundaria a TCE, ACV o enfermedad neurodegenerativa) y tartamudez asociada a PANDAS <p>Se ha de atender y evaluar desde la aparición de los primeros síntomas pese a que el sujeto tenga una edad temprana (2-3 años)</p>
<p>C.5. Trastornos de la entonación o prosódicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Discursos monocordes, sin cambios de entonación y con pobre contacto visual y gesticulación. Pueden aparecer en trastornos de lenguaje, en trastornos del habla como en la AHI y en los TEA
<p>C.6. Trastornos de la voz en la infancia (disfonía)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones en una o varias de las cualidades acústicas de la voz (intensidad, tono, timbre, duración) que provocan un habla esforzada y disfónica y pueden interferir en una adecuada comunicación del individuo con su entorno. Se ha de derivar a consulta de ORL para valoración y diferenciar entre disfonías funcionales, orgánicas de origen funcional (nódulos) u orgánicas (papilomatosis laríngea recurrente juvenil, parálisis cordales, etc.). Posteriormente se realizará un tratamiento logofoniatrico (logopeda especializado en voz) en los casos necesarios

4. EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE, DEL HABLA Y DE LA COMUNICACIÓN

4.1. Derivación

Tras detectarse un trastorno en el lenguaje, en el habla o en la comunicación, el pediatra debe derivar a:

- Servicios de **Atención Especializada** para valoración, estudio etiológico y tratamiento: ORL (para descartar patología estructural: hendidura palatina submucosa, anquiloglosia, etc.), ORL-Audiología (para valorar audición y patología), Neuropediatría o Unidad de Neurodesarrollo (donde se valorará, tras
- Centros de **Atención Temprana** para la valoración del desarrollo psicomotor global y el estudio específico del habla, del lenguaje y de la comunicación que el niño presenta, así como de la familia y del entorno, por un equipo interprofesional (Logopedia, Psico-

la historia, la exploración y la valoración del desarrollo, la necesidad de realizar estudios genéticos, metabólicos, EEG o pruebas de neuroimagen), Foniatría/Logopedia (para valorar el lenguaje, el habla, la voz y la deglución y patología), Oftalmología (para valorar agudeza visual y patología), Unidad de Salud Mental Infantojuvenil (ante la sospecha de un trastorno de la comunicación social, de ansiedad, conductual...).

logía, Terapia Ocupacional, Pedagogía, Fisioterapia), para el inicio precoz, si procede, de un programa de intervención temprana. La investigación ha demostrado que la intervención temprana es el método más eficaz y eficiente para el tratamiento de estos trastornos.

- Equipos de **Orientación Educativa y Atención a la Diversidad**, para valorar la modalidad de escolarización y programar las necesidades específicas de apoyo educativo que va a precisar el niño en el colegio por maestros de apoyo a la integración de audición y lenguaje y de pedagogía terapéutica.
- Equipos de **Trabajo Social** para evaluar e intervenir ante las situaciones de riesgo o problemática sociofamiliar.

Se debería a su vez realizar un seguimiento compartido entre Pediatría de AP y AE y los diferentes profesionales de Atención Especializada, Atención Temprana y de la guardería / escuela infantil / colegio que van a valorar y atender al niño.

4.2. Evaluación, diagnóstico e intervención por profesionales especialistas en desarrollo infantil y en Logopedia

La valoración inicial de los trastornos del lenguaje, el habla y la comunicación debe incluir los antecedentes familiares y personales de riesgo, factores biológicos, tipo y trastornos de la alimentación, además de aspectos motores, sociales, adaptativos, cognitivos (fundamental los vinculados a las funciones ejecutivas), de inteligencia no verbal, junto a la evaluación cuidada del lenguaje y la comunicación. Se utilizan cuestionarios para padres y profesores

(Inventario de Desarrollo comunicativo de MacArthur, CSBS/DP, SSQ...) y se aplican escalas de desarrollo (Bayley, Batelle, Brunet-Lézine, Merrill-Palmer...) o de inteligencia (WPPSI, WISC-V, McCarthy...)

Para el estudio de los componentes del lenguaje existen múltiples escalas y test estandarizados, que van a ser utilizadas según el trastorno y la edad del niño, algunas de ellas son:

- Para valorar los **aspectos formales**: fonética-fonología (registro fonológico inducido de M. Monfort y A. Juárez; evaluación fonológica del habla infantil de Laura Bosh; PAF, prueba de articulación de fonemas de Antonio Vallés...) y morfosintaxis.
- Para evaluar el **contenido** (aspectos semánticos y del léxico): test de vocabulario en imágenes Peabody; test Boehm de conceptos básicos...
- Para el **uso** (aspectos pragmáticos): CCC Children`s Communication Checklist (edición española).

Hay pruebas que miden los tres niveles anteriores, como la prueba de lenguaje oral Navarra (PLON) o el test de Illinois de aptitudes psicolingüísticas (ITPA). En todos los aspectos se evalúan la vertiente comprensiva y expresiva y sin olvidar la comunicación no verbal.

La valoración y la intervención terapéutica de los trastornos del lenguaje y del habla deben ser realizadas por logopedas o fonoatras y, en el ámbito educativo, por maestros de audición y lenguaje. En muchos de los trastornos de la comunicación, la figura del psicólogo es transcendental, especialmente en los 4 primeros

años de vida, junto a la del logopeda. Por otro lado, la intervención de otros profesionales: neuropediatras, ORL-audiólogos, psicopedagogos, terapeutas ocupacionales y de Pedagogía Terapéutica... es fundamental dependiendo del trastorno y de la edad en el proceso de intervención, por lo que el tratamiento ha de ser **interdisciplinar. Lo importante es tratar precozmente, con la intensidad necesaria** en cada caso, **con una atención coordinada** entre los profesionales y con la constante **participación de los padres**.

BIBLIOGRAFÍA

- Alás A, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Jaén A. Evaluación e intervención logopédica. En: Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone AL. Trastornos del Neurodesarrollo: Discapacidad Intelectual y Trastornos de la Comunicación. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
- Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
- Fernández-Jaén A, Alás A, Calleja Pérez B. Trastornos de la Comunicación. En: Fernández-Jaén A, Martín Fernández-Mayoralas D, Fernández-Perrone AL. Trastornos del Neurodesarrollo: Discapacidad Intelectual y Trastornos de la Comunicación. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.
- Galbe Sánchez-Ventura J, Pallas Alonso CR, Rando Diego A, Sánchez Ruiz-Cabello FJ, Colomer Revuelta J, Cortés Rico O, *et al*. Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 2): trastornos del espectro autista. Rev Pediatr Aten Primaria. 2018;20:277-85.
- Gortázar M. AITTEA. Programa Sociocomunicativo de Atención Infantil Temprana para los Trastornos del Espectro del Autismo [en línea]. Disponible en: <https://aittea.autismosevilla.org/>