



Viernes 15 de febrero de 2019

Seminario:

**Trastornos de la comunicación:
antes llamados trastornos
del lenguaje**

Moderador:

José Miguel García Cruz

Pediatra. CS San Martín. Vitoria-Gasteiz. Álava.
Coordinador Grupo TDAH y Desarrollo
Psicoeducativo de la AEPap.

Ponente/monitor:

■ **José Javier González Lajas**
Psicopedagogo y maestro de Educación
Especial. Director del Instituto
Neuropsicopedagógico Psicotdah.
Salamanca y Cáceres.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

González Lajas JJ, García Cruz JM. Trastornos del lenguaje y la comunicación. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 569-577.



Trastornos del lenguaje y la comunicación

José Javier González Lajas

Psicopedagogo y maestro de Educación Especial.
Director del Instituto Neuropsicopedagógico Psicotdah.
Salamanca y Cáceres.
gonzalezlajas@psicotdah.com

José Miguel García Cruz

Pediatra. CS San Martín. Vitoria-Gasteiz. Álava.
Coordinador Grupo TDAH y Desarrollo Psicoeducativo de la AEPap.
josemiguel.garciacruz@osakidetza.eus

RESUMEN

El lenguaje es un proceso complejo que depende de ininidad de factores para su correcto funcionamiento. Los trastornos de la comunicación comprenden las alteraciones del lenguaje, el habla y la comunicación y se incluyen dentro de los trastornos del neurodesarrollo para facilitar las decisiones diagnósticas. Ante la sospecha de trastornos del lenguaje y la comunicación son claves los procesos de identificación y diagnóstico de carácter multidisciplinar para determinar la presencia o no de deficiencias. El uso de instrumentos estandarizados adecuados constituye una clave fundamental para el diagnóstico y la comprensión de las entidades nosológicas tanto en lo que al estudio neuropsicológico se refiere como en la evaluación psicoeducativa y clínica. Además, es importante una correcta anamnesis en la que se consideren también los factores de riesgo positivos y los signos de alerta. La utilización de los criterios diagnósticos siempre debe basarse en el juicio clínico y debe servir como guía para identificar los síntomas más importantes que deben evaluarse y poder establecer un diagnóstico correcto. El diagnóstico diferencial es fundamental para ajustar tanto el enfoque terapéutico como para elaborar un pronóstico, debiendo establecerse sobre la base de los síntomas de presentación para cada categoría diagnóstica y tomando como referencia las características específicas que diferencian cada una de ellas, tal y como se recomienda en el DSM-5. El tratamiento es primaria-

mente logopédico y debe abordarse siempre desde una perspectiva multidisciplinar, siendo necesario que exista una coordinación terapéutica permanente entre la familia y los diferentes profesionales implicados en la asistencia.

INTRODUCCIÓN

El **lenguaje** es uno de los rasgos más característicos de la especie humana, ya que nos permite la comunicación entre dos o más interlocutores mediante un código convencional de señales sonoras articuladas. Comprende tres dimensiones: la **forma**, que se refiere tanto a la fonología como a la sintaxis; el **contenido**, directamente relacionado con el léxico y el significado de la frase y el discurso; y las **funciones comunicativas**, afines a la competencia conversacional, la capacidad de adaptar el lenguaje al contexto y el lenguaje no verbal, entre otros. Es más, en todas las dimensiones coexisten e intervienen los procesos de comprensión y expresión. El proceso de adquisición del lenguaje es universal e intervienen la percepción, la atención, la memoria y el pensamiento. Los niños lo adquieren de manera implícita al estar dotados de una "capacidad innata" que les permite descubrir e incorporar los registros de la lengua hablada en su entorno más inmediato de forma natural y casi sin esfuerzo. Para que el lenguaje oral aparezca y se desarrolle es necesario que haya estructuras neurológicas en el hemisferio izquierdo, capacidades cognitivas de simbolización, estimulación afectiva y social, competencia para interactuar y capacidad para recibir y reproducir sonidos¹. Básicamente, el desarrollo del lenguaje² comprende una etapa preverbal, que va desde el nacimiento a los 12 meses, y una etapa verbal en la que se adquiere el léxico, la morfosintaxis, la fonología, la fonética y la pragmática.

El **habla** es la producción expresiva de sonidos e incluye la articulación, la fluidez, la voz y la calidad de resonancia de un individuo, además de involucrar a los órganos bucofonatorios y a los circuitos cerebrales para su correcto funcionamiento.

La **comunicación** hace referencia al proceso mediante el cual se transmite información y apunta a todo comportamiento verbal o no verbal sea intencional o no, que influye en la conducta, las ideas o actitudes de otro individuo.

DEFINICIÓN, EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO

Los trastornos de la comunicación comprenden las deficiencias del lenguaje, el habla y la comunicación que no pueden atribuirse a un déficit auditivo o sensorial, disfunción motora u otras afecciones médicas o neurológicas, discapacidad intelectual o retraso global del desarrollo. En el DSM-5³ se incluyen dentro de los trastornos del neurodesarrollo con el objeto de facilitar las decisiones diagnósticas.

A nivel epidemiológico, los estudios muestran una prevalencia imprecisa según la edad del niño y los criterios que se utilicen. En población escolar sin signos de trastornos neurológicos ni genéticos la prevalencia de trastornos del lenguaje se sitúa en torno al 2-3% y la de los trastornos del habla alrededor del 3-6%. En cambio, en población preescolar, se estima que es superior al 15%. En lo que se refiere al género son más frecuentes en el masculino con ratios que varían entre 1,3:1 y 2:1⁴.

Habitualmente la sospecha de los trastornos de la comunicación suele realizarse en la escuela, la familia o en los equipos de Atención Temprana. Los factores de riesgo (**Tabla 1**) en ausencia de otras patologías neurológicas⁵ o trastornos del desarrollo muestran una correlación combinada de factores genéticos, anatómicos, fisiológicos y ambientales, siendo la base genética el componente más complejo y característico por afectar a varios miembros de una familia en diferentes grados⁶.

EVALUACIÓN PSICOEDUCATIVA E INFORME ESCOLAR

La **evaluación psicoeducativa** de los trastornos de la comunicación se ha de plantear tras haberse detecta-

Tabla 1. Población susceptible de riesgo de padecer una alteración del lenguaje

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

do una situación que no ha podido resolverse mediante recursos ordinarios o cuando se requiere una opinión técnica para tomar decisiones. Siempre debe tener un carácter preventivo y reeducativo y estar orientada hacia la identificación precoz de posibles alteraciones del habla o del lenguaje, ya que desde una perspectiva evolutiva el desarrollo del lenguaje se inicia a partir del nacimiento y suele consolidarse en torno a los 5-6 años de edad⁷.

El objetivo, por tanto, será determinar qué procesos tiene alterados o deteriorados un alumno y qué com-

ponentes de esos procesos tiene afectados, cuál es el alcance de real de su disfuncionalidad y si existe variación alguna con respecto a la norma para su grupo de referencia o nivel académico, siendo también fundamental especificar los procesos que funcionan correctamente⁸.

Ha de incluir una exploración integral de los múltiples componentes interactivos que influyen en la competencia oral y escrita del lenguaje y su conexión directa con el aprendizaje y el rendimiento académico, en los diferentes contextos naturales donde está inmerso el niño: escolar, familiar y social. Asimismo, será necesario evaluar también las aptitudes intelectuales, el cociente intelectual, los procesos cognitivos, las capacidades lingüísticas y de comunicación, las variables neuropsicológicas, las afectivo-motivacionales, las destrezas motrices y las habilidades sociales o de adaptación⁹.

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

Para realizar la valoración, inicialmente conviene examinar cualitativamente muestras de lenguaje espontáneo y provocado a través de actividades semiestructuradas y utilizar los instrumentos estandarizados más adecuados teniendo en cuenta los intereses personales del niño y las características métricas de la prueba, su fiabilidad, validez y estandarización de medidas y baremos.

El **informe escolar**⁸ es un documento de naturaleza administrativa que tiene un carácter técnico e informativo ya que nos permite comunicar los resultados de la valoración psicoeducativa. Su objetivo es concretar las necesidades específicas de un alumno, el tipo de ayuda que necesita y las líneas generales de intervención y seguimiento. Asimismo, es un documento muy válido para la evaluación clínica, ya que permite valorar por edades los signos de alerta (**Tabla 2**).

Tabla 2. Signos de alerta por edades¹⁵

Etapa prelingüística: 0-12 meses	Edad: 3-4 años
Succión deficitaria, atragantamiento con líquidos (1-2 semanas)	Habla ininteligible fuera de su contexto natural
Llanto débil (3-4 meses)	No imitación de sílabas
No sonríe ante las caras o voces familiares (3 meses)	Dificultad para emitir frases de dos elementos (incapacidad en el uso de tres)
No imita o produce sonidos (4 meses)	Falta de adjetivos o pronombres
No responde o no se orienta hacia los sonidos o a la voz humana (5 meses)	No realiza preguntas del tipo: ¿qué? o ¿dónde?
Ausencia de sonidos (5-9 meses)	Incapacidad para expresar lo que está haciendo
No balbucea (8 meses)	Compresión limitada (no reconoce el uso de los objetos)
No presta interés a los juegos repetitivos, tales como el cu-cú (8 meses)	Incomprensión de frases fuera de contexto
No utiliza gestos como "adiós", "palmitas" (12 meses)	No muestra interés en jugar con otros niños
Edad: 0-24 meses	No pronuncia la sílaba o la letra final de las palabras (por ejemplo, dice "ga" en vez de "gato")
Apenas balbucea o si lo hace hay poca variación de sonidos	Le cuesta encontrar la palabra adecuada para expresar sus ideas (confusión en vocabularios pertenecientes a la misma familia "cuchara, cuchillo-silla, mesa")
Falta de respuesta a nombres familiares, sin apoyo gestual	Edad: 4-5 años
No usa gestos tales como saludar, decir adiós o negar con la cabeza	No pronuncia bien la mayoría de los sonidos del lenguaje
No señala para mostrar o pedir	Uso de frases de tres palabras o menos
No señala, mira o toca objetos denominados por el adulto (18 meses)	Omisión de nexos, pronombres, artículos o verbos en las frases
No responde a su nombre	Vocabulario reducido (uso frecuente de términos como "este")
Falta de respuesta a palabras como: dame, mira, ven, etc. (18 meses)	No responde al ¿qué? o al ¿dónde?, referidos a historias familiares
Preferencias en uso de gestos en lugar de palabras o vocalizaciones	Dificultad para narrar sucesos que le han ocurrido
No se usan expresiones de dos palabras a los dos años	Tiene dificultad en comprender, cuando las frases son largas, complejas o su significado es abstracto
Edad: 2-3 años	Edad: 5-6 años
Ausencia de palabras simples	Persisten dificultades de articulación
Uso de menos de cuatro o cinco consonantes	Errores en la estructura de las frases
No responde a denominación de objetos o acciones familiares (sin apoyo gestual), fuera de contexto	Dificultad en la comprensión de oraciones
No comprende ordenes simples (referidas a objeto o acción)	Dificultad para responder al "qué, dónde, de qué, quién, por qué"
Ininteligibilidad de la mayor parte de sus producciones	Dificultad en la comprensión de conceptos como: en, dentro, encima
Ausencia de combinación de dos palabras	Dificultad en tareas de atención sostenida (escucha de cuentos)
Lenguaje ecolálico (repite todo lo que dice)	Tartamudeo
Falta de integración con los demás	
Juego restringido o repetitivo	
Frustración en situaciones comunicativas	
Problemas en la masticación	
Falta de control en el babeo	

EVALUACIÓN CLÍNICA Y ANAMNESIS

La evaluación clínica y la anamnesis por parte del pediatra de Atención Primaria deben comprender una exploración general de todos los órganos y sistemas relacionados con el habla y el lenguaje, prestando especial atención al fenotipo, somatometría, otoscopia y discromías cutáneas además de un examen neurológico sistemático adaptado al nivel madurativo del niño⁹.

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

Asimismo es recomendable realizar también un estudio neuropsicológico con el objetivo de recopilar la información necesaria que determine cuáles son los aspectos del lenguaje o del habla que pueden estar afectados y conocer en qué momento de desarrollo cognitivo se encuentra el paciente, establecer su perfil de puntos fuertes y débiles, e interpretar qué factores o variables pueden estar incidiendo de manera positiva o negativa en el funcionamiento de este, tratando de dilucidar la presencia o no de una posible entidad diagnóstica.

La valoración e interpretación de los datos obtenidos¹⁰ nos indicará si es necesario realizar estudios médicos complementarios o derivar a otros especialistas. En el caso de que no hubiera datos sugerentes de patología subyacente, se recomienda observar la evolución durante al menos 6 meses facilitando al paciente el pertinente apoyo psicopedagógico y logopédico para decidir si tras dicho periodo se procede o no la realización de otros exámenes complementarios.

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

En la actualidad el pediatra tiene a su disposición un *Inventario de indicadores tempranos de los trastornos del desarrollo del lenguaje*¹¹ basado en la práctica clínica y con una funcionalidad de cribado, que puede servirle de ayuda para la detección temprana de estas dificultades o trastornos, con el objeto de poder abordar su intervención lo más tempranamente posible o derivar a una exploración más específica. El inventario consta de tres apartados, el primero comprende los “Precedentes del lenguaje”, el segundo las “Escalas de comprensión y producción del lenguaje” y el tercero abarca los “Síntomas de alarma” divididos en tres edades cronológicas (antes de los 2 años, 2 años y 3 años) que orientarían al pediatra hacia una exploración más profunda.

LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL DSM-5

Los criterios diagnósticos del DSM-5 han de servir como guía para identificar los síntomas más significativos que convendría examinar en base a establecer un diagnóstico correcto. Su utilización ha de regirse uniformemente por el juicio clínico una vez efectuada la evaluación de dichos criterios.

Los criterios que tener en cuenta para establecer el diagnóstico de las diferentes categorías diagnósticas de los trastornos de la comunicación según el DSM-5³ se reflejan en las **Tablas 3-7**.

Tabla 3. Criterios diagnósticos para el trastorno del lenguaje

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

Tabla 4. Criterios diagnósticos para el trastorno fonológico

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

Tabla 5. Criterios diagnósticos para el trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)

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

Tabla 6. Criterios diagnósticos para el trastorno de la comunicación social (pragmática)

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

Tabla 7. Criterios diagnósticos para el trastorno de la comunicación no especificado

Se aplica a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos del trastorno de la comunicación que causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento, pero que no cumplen todos los criterios diagnósticos del trastorno de la comunicación o de ninguno de los trastornos de la categoría diagnóstica de los trastornos del neurodesarrollo

Se utiliza en situaciones en las que el clínico opta por no especificar el motivo de incumplimiento de los criterios de trastorno de la comunicación o de un trastorno del neurodesarrollo específico, e incluye presentaciones en las que no existe suficiente información para hacer un diagnóstico más específico

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial de los trastornos de la comunicación¹² es primordial tanto para ajustar el enfoque terapéutico del tratamiento como para elaborar un pronóstico objetivo, debiendo establecerse sobre la base de los síntomas de presentación para cada una de las categorías diagnósticas que engloban dichos trastornos. Al pediatra de Atención Primaria le corresponde determinar qué trastornos son posibles, puesto que el diagnóstico exacto requiere una consideración metodológica. Para realizar el diagnóstico diferencial

sería recomendable tener en cuenta las características específicas que diferencian cada una de las categorías diagnósticas de los trastornos de la comunicación, tal y como apunta el DSM-5.

LA COMORBILIDAD

Habitualmente, los trastornos del lenguaje suelen estar frecuentemente asociados a otros trastornos del neurodesarrollo, como el trastorno específico del aprendizaje, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), el trastorno del espectro au-

tista (TEA) y el trastorno del desarrollo de la coordinación. Cuando aparecen paralelamente o coexisten diversos trastornos comórbidos, puede verse alterado el significado de estos en relación con sus manifestaciones clínicas, sus correlatos y su respuesta al tratamiento, siendo entonces necesaria una valoración clínica integral, para atribuir esos deterioros a las dificultades propias de cada uno de los trastornos. En caso de comorbilidad relevante, sería recomendable la derivación a Neuropediatría o al equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil, según criterio, y contar con su colaboración para el proceso de abordaje y seguimiento¹³.

EL TRATAMIENTO

El tratamiento de los trastornos de la comunicación, al igual que la evaluación y el diagnóstico, debe plantearse desde una perspectiva multidisciplinar, estableciendo una coordinación terapéutica permanente entre los diferentes profesionales implicados en la asistencia y la familia, con el propósito de alcanzar objetivos comunes, reducir las dificultades específicas y favorecer el desarrollo integral¹³. El tratamiento es principalmente logopédico y la intervención ha de ser multifuncional e iniciarse lo antes posible, puesto que demanda un proceso de reeducación individualizado y específico. El objetivo primordial ha de ser ofrecer herramientas para comunicarse competentemente a pesar de las dificultades del lenguaje y programar una terapia sobre todos aquellos aspectos específicos que están más alterados, teniendo en cuenta los síntomas según el grado de desarrollo del niño y su estadio evolutivo. En los casos más graves y de larga duración, la relación coste/beneficio debe valorarse, pues los niños con dificultades crónicas importantes pueden requerir múltiples tratamientos de carácter psicopedagógico, psicológico o fisioterapéutico.

Una intervención logopédica eficaz supone mejorar la rehabilitación de los moduladores más directamente relacionados con el lenguaje en sí mismo y su pronóstico en lo referente a aprendizajes, funciones cogniti-

vas, relación social y comunicación, desempeñando un papel muy relevante la aplicación de estrategias integradas en la vida cotidiana del niño, tanto en el entorno familiar como escolar.

El tratamiento farmacológico en principio no está indicado en los trastornos de la comunicación a no ser que concurren con algún trastorno comórbido (p.ej. ansiedad) o un factor que contribuya al trastorno o haya surgido como reacción a este¹³. Además, no hay indicación específica de ningún medicamento para tratar los trastornos de la comunicación.

EL SEGUIMIENTO EVOLUTIVO MULTIMODAL

Ha de realizarse de manera individualizada y sistemática al considerarse un proceso tan importante como la detección, el diagnóstico y el tratamiento. Si no se realiza, aumenta el riesgo de manifestar disfuncionalidades en muchos otros ámbitos, más allá del propio lenguaje. Desde un punto de vista neuropsicológico, sería recomendable volver a valorar al menor al menos una vez al año para determinar el nivel de progresos alcanzados, redefinir los objetivos, si fuera preciso, y establecer las líneas de intervención futura¹⁴. A nivel clínico, igualmente son necesarias las revisiones periódicas según criterio facultativo con el objeto de mantener un estrecho seguimiento del paciente, tanto en lo que a su salud física se refiere como de su evolución a nivel de lenguaje, comunicación, relación social, funciones cognitivas y aprendizaje.

LA COORDINACIÓN INSTITUCIONAL

Debe ser una condición ineludible para establecer sinergia y complementariedad entre los diferentes profesionales, con el objeto de garantizar el apoyo asistencial, especialmente si tenemos en cuenta que tanto unos como otros tienen una entidad psicobiológica y social propias y que las diferentes instituciones (sanidad, educación, servicios sociales) en su conjunto deben ofrecer una respuesta individualizada que garantice la salud y desarrollo integral.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Cruz JM, González Lajas JJ. Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria. Trastorno específico del aprendizaje. AEPap. [Fecha de acceso 12 feb 2019]. Disponible en algoritmos.aepap.org
2. Peñafiel M. Guía de pequeños para grandes. Tomo I. El niño en desarrollo. Madrid: Ediciones Laberinto; 2001.
3. American Psychiatry Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5). 5.ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2014.
4. Aguado G. El desarrollo del lenguaje de cero a tres años. Madrid: CEPE; 2002.
5. Benítez-Burraco A. FOXP2: del trastorno específico a la biología molecular del lenguaje. *Rev Neurol*. 2005;40:671-82.
6. Prathanee B, Thinkhamrop B y Dechongkit S. Factors associated with specific language impairment and later language development during early life. A literature review. *Clin Pediatr (Phila)*. 2007;46:22-9.
7. Narbona J, Chevrie-Muller C. El lenguaje del niño. Desarrollo normal, evaluación y trastornos. 2.ª ed. Barcelona: Masson; 2001.
8. Departamento de Educación del Gobierno de Navarra (Servicio de Igualdad de Oportunidades, Participación educativa y Atención al Profesorado. CREENA). Entender y atender. Guía para el profesorado. Pamplona: Departamento de Educación. Gobierno de Navarra; 2012. [Fecha de acceso 12 feb 2019]. Disponible en https://www.educacion.navarra.es/documents/713364/714655/guia_tdah.pdf/a537124d-b340-4543-94d4-b25b2ce1f4fc
9. Ferrando Lucas MT. Trastornos específicos del desarrollo del lenguaje. En: García A, García O, Arriola G, Martínez B, de Castro P (coords.). Manual de Neurología Infantil. 2.ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2014. p. 354-61.
10. Narbona J. El lenguaje del niño y sus perturbaciones. En: Fejerman N, Fernández-Álvarez E (eds.). Neurología pediátrica. 2.ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 1997. p. 683-93.
11. Peñafiel Puerto M. Indicadores tempranos de los trastornos del lenguaje. En: AEPap (ed.). Curso de Actualización Pediatría 2015. Madrid: Lúa Ediciones 3.0: 2015. p. 291-303.
12. Moreno-Flagge N. Trastornos del lenguaje. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*. 2013;57 Supl 1:S85-94.
13. Bielsa A, Tomás J. Trastornos del lenguaje y del aprendizaje en niños y adolescentes. En: Ballesteros MC (coord.). Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías Clínicas. Madrid: Adalia; 2006. p. 102-9.
14. Peralta MF, Narbona J. Retrasos del desarrollo verbal y problemas de aprendizaje escolar: estudio longitudinal. *Bordón*. 1991;43:285-98.
15. Fernández Martín F. Escuchemos el lenguaje del niño: normalidad versus signos de alerta. *Rev Pediatr Atención Primaria Supl*. 2013;(22):117-26.

