

DOCUMENTO DE CONSENSO ELABORADO POR EL COMITÉ DE EXPERTOS EN TEL SOBRE EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO

Presidenta: Elvira Mendoza

Miembros de AELFA-IF: Gerardo Aguado, Miquel Serra, Carmen Julia Coloma

Miembros no pertenecientes a EALFA-IF: Armando Montes, Ana Belén Martínez, Raúl Navarro

1. Sobre el término más adecuado para definir a la población.

Desde la aparición del DSM-5, que dentro de los trastornos del desarrollo neurológico, solo considera el trastorno del lenguaje, se ha generado un debate en la comunidad internacional sobre el término más adecuado para referirse al trastorno que nos ocupa: *trastorno del lenguaje, trastorno primario del lenguaje, trastorno del desarrollo del lenguaje, trastorno específico del lenguaje, trastorno del espectro del lenguaje, disfasia...* El comité considera que, por el momento, se debe mantener el término de **trastorno específico del lenguaje (TEL)** por las siguientes razones: a) mayor aceptación general, b) mayor número de entradas como término de búsqueda bibliográfico y c) parece definir mejor a la población. No obstante, considera que el término específico en algún momento se debería cambiar, porque asume que los problemas que presentan los niños con TEL no conciernen únicamente al lenguaje y que no se puedan presentar en otros trastornos del desarrollo.

2. Sobre los criterios de exclusión.

El comité propone excluir del diagnóstico del TEL a la **discapacidad cognitiva, al autismo, a la lesión o daño neurológico y a la sordera**¹. No se deben excluir otros trastornos, como TDAH, dislexia, trastorno del procesamiento auditivo (TPA) que, en todo caso, deben figurar y constar en los informes como trastornos comórbidos. Para el diagnóstico del TEL el lenguaje debe ser la dimensión significativamente más afectada.

3. Sobre el CI no verbal mínimo.

Aunque se ha venido considerando que para el diagnóstico del TEL el CI no verbal mínimo debe ser de 85, la realidad actual confirma que muchos niños con trastornos importantes del lenguaje, no alcanzan el CI mínimo como para poderlos diagnosticar de TEL, con las consiguientes repercusiones a nivel de prestación de servicios. Si se excluye la discapacidad mental, teóricamente se debería requerir un CI mínimo de 70. No obstante, dado que el CI puede variar en función de los instrumentos utilizados y para excluir en la medida de lo posible casos de inteligencia límite, **se propone marcar el CI no verbal mínimo en 75.**

¹ En cuanto a la sordera, se consideraría como criterio de exclusión del TEL en cuanto al trastorno del lenguaje oral. No obstante, se puede reconocer un TEL signado, ya que lo pueden presentar individuos que se comunican mediante lengua de signos.

4. Sobre los instrumentos para el diagnóstico del TEL.

Sin excluir medidas cualitativas y análisis de muestras de lenguaje, el comité propone basar el diagnóstico en la **edición española del CELF-4** (Semel, Wiig y Secord, 2006). En la muestra de estandarización se ha incluido a niños con trastornos del lenguaje, lo que es una garantía más para el establecimiento de la gravedad del TEL.

En caso de no disponibilidad del CELF-4, se recomienda el uso de los tests de lenguaje diseñados o adaptados a la población española, siempre que entre todos ellos evalúen las dimensiones fonológica, morfosintáctica y semántica, tanto en producción como en comprensión y que tengan unas buenas propiedades psicométricas. En la actualidad disponemos de un número de tests suficiente como para hacer un diagnóstico del TEL. Se debe evitar hacer un diagnóstico de TEL basado en los resultados de un único test que evalúe solo una parte de una dimensión lingüística.

Para diagnosticar a un niño de TEL se requiere que, al menos, obtenga una puntuación por debajo del punto de corte en las pruebas morfosintácticas, además de puntuaciones igualmente por debajo en pruebas fonológicas (para el diagnóstico del tipo fonológico-sintáctico) o semánticas (para el tipo léxico-sintáctico). No se debe diagnosticar de TEL a un niño con un desempeño morfosintáctico dentro de los límites normales. En los casos en que solo se obtengan bajas puntuaciones en las pruebas fonológicas o en las semánticas no se debe emitir un diagnóstico de TEL.

Se recomienda, sobre todo con los niños más pequeños, repetir la evaluación pasados unos 6 meses, para confirmar o descartar la estabilidad del trastorno y, en su caso, los efectos de la intervención.

5. Sobre los puntos de corte para el diagnóstico de base psicométrica.

Se recomienda que para el diagnóstico del TEL las puntuaciones en, al menos, una de las escalas centrales del CELF-4 esté, como mínimo, en **1,5 DT por debajo de la media**. Es el punto de corte que arroja una sensibilidad aceptable (.86) y una muy buena especificidad (.95). Si se opta por 2DT por debajo de la media la sensibilidad desciende hasta .52, lo que haría que un porcentaje considerable de niños con TEL no fueran diagnosticados como tales. No obstante, se recomienda prestar especial atención a los subtests de estructura de palabras, conceptos y seguimiento de direcciones y recuerdo de oraciones, ya que, según el manual técnico del CELF-4, son los que presentan mayores tamaños del efecto en la discriminación de niños con TEL con respecto a los controles.

Si se opta por tests específicos para evaluar las distintas dimensiones, conviene seguir las directrices sobre los puntos de corte que figuren en los manuales y, en caso de que no aparezcan, optar inicialmente por -1,5 DT.

6. Sobre otras medidas complementarias.

Se recomienda utilizar medidas de memoria a corto plazo (repetición de dígitos en orden directo y repetición de pseudopalabras de distinta longitud y composición) y memoria de trabajo fonológica (repetición de dígitos en orden inverso, cambiar inicios y finales de pseudopalabras, etc.), así como medidas de conducta (inventarios o cuestionarios dirigidos a padres y/o profesores, como el *Strength and Difficulties Questionnaire -SDQ* (Goodman, 1997), al que existe acceso directo en internet: <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Spanish>) o medidas de desempeño académico.

No obstante, estas medidas no son específicas del TEL, ya que las dificultades en las mismas se pueden presentar en otros trastornos, aunque es probable que muchos niños con TEL manifiesten problemas en las mismas.

7. Sobre los tipos de TEL.

En el DSM-4 aparecían dos subtipos de trastornos del lenguaje: expresivo y mixto receptivo-expresivo. El DSM-5 no contempla esa división, entre otras razones porque muchos autores han dudado de la existencia de un TEL solo expresivo (ej., Leonard, 2009). No obstante, la tipología de TEL más utilizada e investigada ha sido la propuesta inicialmente por Rapin y Allen (1983, 1987), en la que figuraban 6 tipos diferentes. De esos 6 tipos, cuatro no se corresponden con el TEL, tal como se entiende en la actualidad: dispraxia verbal, déficit de programación fonológica, agnosia auditivo verbal y déficit semántico-pragmático.

Los dos subtipos que mantienen su vigencia son el **déficit fonológico-sintáctico** y el **déficit léxico-sintáctico**. El comité propone mantener estos dos subtipos básicos, entendiendo que en ambos la comprensión del lenguaje puede estar afectada en mayor o menor grado. Las dificultades fonológicas y las de tipo léxico-semántico serán las que hagan incluir a un niño en uno u otro tipo general.

8. Sobre la edad mínima para el diagnóstico del TEL.

El TEL es muy difícil diagnosticar en niños muy pequeños. Por ejemplo, a los 3 años es muy difícil determinar la permanencia del problema y es compleja su diferenciación con respecto a otros trastornos. A través de inventarios de comunicación o escalas de desarrollo se pueden ir analizando las dificultades específicas y si el lenguaje está realmente comprometido. **Por regla general, a los 4 años ya se podría hablar de posible TEL, para confirmar el diagnóstico a los 5 años.** Es muy clarificadora para el diagnóstico la evolución de las dificultades de lenguaje después de facilitar una buena comunicación (natural o terapéutica).

El CDI del cual tenemos la adaptación española (Inventarios del Desarrollo Comunicativo MacArthur, López Ornat Gallego, Gallo, Karousou, Mariscal y Martínez, 2005) es el inventario de comunicación más utilizado a nivel internacional y posee unas propiedades psicométricas

adecuadas. Marca el umbral clínico en el centil 10. Aunque en niños con desarrollo típico del lenguaje la edad máxima para su administración son los 30 meses, en los casos de niños con problemas importantes de lenguaje se puede administrar periódicamente a partir de esa edad para comprobar el avance o estabilización del problema. Se dispone de edición en gallego y próximamente en catalán (elisabet.serrat.udg.cat).

9. Una definición del TEL.

“Alteración significativa en la adquisición y desarrollo del lenguaje, que no está justificada por ninguna causa física, neurológica, intelectual ni sensorial, en unas condiciones sociales idóneas”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Leonard, L.B. (2009). Is expressive language disorder an accurate diagnostic category? *American Journal of Speech-Language Pathology*, 18, 115-122.
- López Ornat, S., Gallego, C., Gallo, P., Karousou, A., Mariscal, S., y Martínez, M. (2005) MacArthur: Inventario del desarrollo comunicativo. Manual y Cuadernillos; Madrid, TEA Ediciones.
- Rapin, I. y Allen, D.A. (1983). Developmental language disorders: Nosologic considerations. En U. Kirk (Ed.), *Neuropsychology of language, reading and spelling*. Nueva York, Academic Press.
- Rapin, I. y Allen, D.A. (1987). Developmental dysphasia and autism in preschool children: Characteristics and subtypes. En J. Martin, P. Fletcher, P. Grunwell y D. Hall (Eds.), *Proceedings of the first international symposium on specific speech and language disorders in children*. Londres, AFASIC (pgs. 20-35).
- Semel, E, Wiig, E.H, Secord, W.A. (2006). CELF-4. Clinical Evaluation of Language Fundamentals. Spanish Edition. Pearson.