


	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 1 de 33

GUÍA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LOS TRASTORNOS DE LENGUAJE

	Elaboró:	Revisó:	Autorizó:
Puesto	Psicología Clínica de Audiología, Foniatría y Patología de Lenguaje	Encargado de la División de Rehabilitación Integral	Dirección Médica
Firma			

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 2 de 33	

1. Propósito

Establecer lineamientos homogéneos que definan de forma sistemática el proceso de atención y evaluación psicológica que se brinda a los paciente que cursan con un trastorno de lenguaje, describiendo las características del trastorno a través de la elaboración de un diagnóstico psicológico diferencial que discrimine el tipo del trastorno de lenguaje y tratamiento de los aspectos psicológicos secundarios a los trastornos de lenguaje, acorde a los estándares de calidad del Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra.

2. Alcance



De observancia permanente y obligatoria para todos los psicólogos adscritos al área con la finalidad de apegarse a los criterios uniformes establecidos, para el ingreso, permanencia, derivación a los apoyos psicológicos pertinentes y canalización a otros servicios.

3. Responsabilidades

- **Subdirector:**
 Implementar y verificar el cumplimiento de éste procedimiento
 Brindar los recursos necesarios.
- **Jefe de Servicio:**
 Elaborar la guía del padecimiento
 Supervisar el cumplimiento de la misma
 Procurar el cumplimiento de la misma
- **Psicólogos Adscritos:**
 Ejecutar la guía
 Participar en la revisión y retroalimentación de la misma

4. Políticas de operación y normas.

La revisión del presente documento se hará cada dos años o antes si fuese necesario.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 3 de 33

5. Descripción del Padecimiento.

El trastorno específico de desarrollo de lenguaje (TEDL) ha sido descrito por diversos autores como Bishop D. y Leonard, L. (2001); Narbona, J. (1997), Rapin, I y Allen, D. A. (1983) y Conti-Ramsden, G. (2002); hacen un análisis clínico de los síntomas que afectan el lenguaje oral, observan ausencia de deterioros neurológicos, retraso mental, trastornos de la conducta o privación ambiental.

Los niños con TEDL se ven afectados en la esfera de sus relaciones con el entorno, con el conocimiento y el aprendizaje debido a una dificultad para acceder al dominio de estructuras lingüísticas que limitan su capacidad para comunicar deseos, necesidades, afectos, planes, etc.

En algunos casos, los niños presentan notoria dificultad para desarrollar ideas que vayan más allá de lo concreto, tienen un limitado vocabulario o repertorio lexical que les permita reconocer y nombrar con mayor facilidad el mundo que los rodea. Desde lo perceptual y lo cognitivo la mayoría de estos niños reconocen el mundo, aunque a veces no logran describirlo satisfactoriamente. Algunos de ellos con el tiempo desarrollan la habilidad de denominar objetos aunque en muchos de los casos sólo conocen sus nombres, en tanto que las cualidades y funciones se ven francamente limitados. La combinación del nombre, cualidad y función del mundo que nos rodea y sus contenidos deben estructurarse en forma de palabras y frases de mayor complejidad cada vez, que implique un adecuado grado de abstracción.



Por lo que nuestra función será identificar trastornos psicológicos, conductuales y/o familiares que intervienen en el desarrollo del lenguaje a través de la valoración psicológica para apoyo en el diagnóstico y rehabilitación de dichos pacientes.

6. Clasificación del Padecimiento e Impacto Psicológico.

La definición y clasificación de las patologías de la comunicación varían en función de los diferentes autores y teorías. De manera general, se puede afirmar que las **alteraciones, anomalías, perturbaciones o trastornos del lenguaje** interfiere en la comunicación lingüística, afectando no sólo aspectos lingüísticos (fonológicos, sintácticos o semánticos, tanto en el nivel de comprensión y decodificación como de expresión o producción -codificación), sino también intelectuales, emocionales, formativos de la personalidad que pueden llegar a entorpecer las relaciones sociales, familiares, el rendimiento escolar, etc.

En el CIE 10 el problema de lenguaje se define como un Trastorno del Desarrollo Psicológico y lo clasifican de la siguiente manera:

F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 4 de 33

Las pautas normales de adquisición del lenguaje están alteradas desde estadios tempranos del desarrollo. Estos trastornos no son directamente atribuibles ni a anomalías neurológicas o de los mecanismos del lenguaje, ni a deterioros sensoriales, retraso mental o factores ambientales. Aunque el niño pueda ser capaz de comprender y comunicarse en ciertas situaciones muy familiares, más que en otras, la capacidad de lenguaje es deficitaria en todas las circunstancias.

F80.0 Trastorno específico de la pronunciación

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la pronunciación de los fonemas por parte del niño está a un nivel inferior al adecuado a su edad mental, pero el nivel del resto de las funciones del lenguaje es normal.

Pautas para el diagnóstico

La edad a la que se domina la pronunciación de los fonemas y el orden del desarrollo de la adquisición de los mismos, tiene variaciones individuales considerables.



Desarrollo normal: A los cuatro años de edad son normales errores en la pronunciación de algunos fonemas, pero el niño es capaz de hacerse comprender fácilmente por extraños. A los 6-7 años de edad ya se han adquirido la mayor parte de los fonemas, aunque pueden persistir dificultades para ciertas combinaciones de sonido, lo cual no implica problemas para la comunicación. A los 11-12 años el dominio de casi todos los fonemas es completo.

Desarrollo anormal: Tiene lugar cuando el niño adquiere los fonemas de un modo retrasado o desviado, lo que le lleva a pronunciar mal, con las consiguientes dificultades para hacerse comprender. Se presentan omisiones, distorsiones o sustituciones de los fonemas del habla e inconsistencias en la pronunciación de sonidos coincidentes (por ejemplo, el niño puede pronunciar correctamente fonemas en algunas posiciones de palabras pero no en otras).

El diagnóstico debe hacerse únicamente cuando la gravedad del trastorno de pronunciación excede los límites normales teniendo en cuenta la edad mental del niño, cuando la inteligencia no verbal está en un rango normal, cuando las funciones del lenguaje expresivo y receptivo estén dentro de los límites normales y, cuando las anomalías de la pronunciación no puedan ser directamente atribuidas a una anomalía sensorial, estructural o neurológica y cuando los fallos de la pronunciación sean claramente anormales en el contexto de los usos coloquiales del entorno socio-cultural del niño.

Incluye:

- Trastorno del desarrollo de la articulación del lenguaje.
- Trastorno funcional de la articulación del lenguaje.
- Lambdacismo.
- Dislalia.
- Trastornos del desarrollo fonológico.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 5 de 33

Excluye:

Trastornos de la articulación debidos a: Hendidura palatina y otras anomalías fonatorias implicadas con el habla (Q35-Q38).

Apraxia (R48.2).

Disfasia o ataxia sin especificación (R47.0).

Pérdidas de audición (H90-H91).

Retraso mental (F70-F79).

Déficits de la articulación que acompañan a trastornos del desarrollo de la expresión del lenguaje (F80.1).

Déficits de la articulación que acompañan a trastornos del desarrollo de la recepción del lenguaje (F80.2).



F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la capacidad del niño para la expresión del lenguaje oral es marcadamente inferior al nivel adecuado a su edad mental, pero en el que la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales. Puede haber o no alteraciones de la pronunciación.

Pautas para el diagnóstico

Aunque existe una considerable variación individual del desarrollo normal del lenguaje, la ausencia de la expresión de palabras simples (o aproximaciones de palabras) alrededor de los dos años y el fracaso en la elaboración de frases sencillas de dos palabras hacia los tres años, deben ser tomados como indicios significativos de un retraso. Más tarde se presenta una limitación del desarrollo del vocabulario, un recurso al uso excesivo de un escaso número de palabras generales, dificultades en la elección de las palabras adecuadas, la sustitución de unas palabras por otras, la utilización de frases cortas, la estructuración inmadura de las frases, errores sintácticos, en especial omisiones de sufijos o prefijos y errores u omisiones de elementos gramaticales concretos, tales como preposiciones, pronombres, artículos, formas verbales y derivados de sustantivos. Pueden presentarse generalizaciones incorrectas de reglas gramaticales y también una falta de fluidez de las frases o de la capacidad de ordenar adecuadamente en el tiempo acontecimientos pasados. Es frecuente que los déficits del lenguaje hablado se acompañen de retrasos o anomalías en la pronunciación de los fonemas que forman las palabras.

El diagnóstico debe hacerse únicamente cuando la gravedad del retraso del desarrollo del lenguaje expresivo exceda los límites de la variación normal y cuando la comprensión del lenguaje está dentro de los límites normales para la edad del niño (aunque a menudo el lenguaje receptivo puede estar en algunos aspectos por debajo de lo normal). El recurso a signos no verbales (sonrisas y gestos) y el lenguaje interior (imaginación y juegos de la fantasía) están relativamente intactos, así como la capacidad para la comunicación no verbal en sociedad. A pesar del déficit del lenguaje, el niño intenta comunicarse y tiende a compensar la carencia lingüística mediante el uso de expresiones demostrativas, de gestos, de la mímica y de vocalizaciones no lingüísticas. Sin embargo, no son raras las dificultades de las relaciones con los compañeros, los problemas

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 6 de 33

emocionales, el comportamiento desorganizado o hiperkinético y déficits de atención. En una pequeña parte de los casos puede presentarse una pérdida auditiva parcial (a menudo selectiva) concomitante, pero ésta no es de una gravedad suficiente como para justificar el retraso del lenguaje. La participación inadecuada en las conversaciones o una privación ambiental más general, pueden jugar un papel importante o contribuir significativamente a la génesis del trastorno de la expresión del lenguaje.

Incluye:

Disfasia o afasia del desarrollo (de tipo expresivo).

Excluye:

Disfasia o afasia del desarrollo de tipo receptivo (F80.2).

Trastornos generalizados del desarrollo (F84.-).

Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner) (F80.3).

Mutismo selectivo (F94.0).

Retraso mental (F70-F79).

Disfasia o afasia sin especificación (R47.0).



F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje

Se trata de un trastorno específico del desarrollo en el que la comprensión del lenguaje por parte del niño es inferior al nivel adecuado a su edad mental. Prácticamente en todos los casos existe además un deterioro notable de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones en la pronunciación de los fonemas.

Pautas para el diagnóstico

Deben tenerse en cuenta los siguientes indicios de retraso: un fracaso para responder a nombres familiares (en ausencia de claves no verbales) hacia los 20 meses de vida, la incapacidad para reconocer los nombres de al menos algunos objetos corrientes a los 18 meses, para llevar a cabo instrucciones simples y rutinarias a la edad de dos años. Más tarde se presentan otras dificultades, tales como incapacidad de comprensión de ciertas formas gramaticales (negativas, interrogativas, comparativas, etc.) y falta de comprensión de los aspectos más sutiles del lenguaje (tono de voz, gestos, etc.).

El diagnóstico debe hacerse sólo cuando la gravedad del retraso de la comprensión del lenguaje excede los límites de la variación normal para la edad del niño, cuando la inteligencia no verbal está dentro de los límites normales y cuando no se satisfacen las pautas del trastorno generalizado del desarrollo. En casi todos los casos está también retrasado de un modo muy importante el desarrollo de la expresión del lenguaje y son frecuentes las alteraciones de la pronunciación de los fonemas. De todas las variedades de trastornos específicos del desarrollo del habla y el lenguaje, ésta es la que más suele acompañarse de problemas sociales, emocionales y del comportamiento, los cuales no tienen ninguna forma específica, pero son relativamente frecuentes la hiperkinesia y los déficits de atención, la inadaptación social y el aislamiento de los compañeros, la ansiedad, la hipersensibilidad y la excesiva timidez. Los niños que presentan las formas más graves de

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 7 de 33

trastorno de la comprensión del lenguaje pueden presentar un cierto retraso de su desarrollo social, pueden imitar un lenguaje que no comprenden y pueden tener intereses muy limitados. Sin embargo, se diferencian de los niños autistas en que normalmente son capaces de participar en una interacción social y en representaciones lúdicas normales, de conseguir respuestas de los padres para satisfacer sus necesidades, de recurrir casi normalmente a la mímica y presentar sólo leves déficits en la comunicación no verbal. No es raro cierto grado de pérdida auditiva para los tonos altos, pero sin que el grado de sordera llegue a ser suficiente como para justificar el déficit del lenguaje.

Incluye:

Afasia o disfasia del desarrollo tipo receptivo.
 Sordera verbal.
 Agnosia auditiva congénita.
 Afasia del desarrollo de Wernicke.



Excluye:

Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner, F80.3).
 Autismo (F84.0, F84.1).
 Mutismo selectivo (F94.0).
 Retraso mental (F70-F79).
 Retraso del lenguaje secundario a sordera (H90-H91).
 Disfasia o afasia sin especificación (R47.0).
 Disfasia o afasia tipo expresivo (F80.1).

F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau-Kleffner)

Se trata de un trastorno en el que el niño, habiendo progresado de un modo normal en la adquisición del lenguaje, pierde la capacidad de comprensión y de expresión del mismo, pero conserva la inteligencia general. La aparición del trastorno se acompaña de anomalías paroxísticas en el electroencefalograma (casi siempre en los lóbulos temporales, normalmente de un modo bilateral, pero con frecuencia con un trastorno disrítmico más generalizado) y en la mayoría de los casos también de ataques epilépticos. La aparición suele tener lugar entre los tres y los siete años de edad, pero puede tener lugar antes o después, durante la infancia. En la cuarta parte de los casos la pérdida de lenguaje tiene lugar de manera gradual durante un período de varios meses, pero lo más frecuente es que la pérdida sea brusca, en el curso de días o semanas.

La relación temporal entre la aparición de los ataques y de la pérdida del lenguaje suele ser variable, precediendo unos a la otra o viceversa, con un intervalo de varios meses a dos años. Es muy característico que el deterioro de la comprensión del lenguaje sea profundo, y que las dificultades para la comprensión de los sonidos sean la primera manifestación de este trastorno. Algunos niños enmudecen totalmente, otros limitan su expresión a una jerga verbal particular, mientras que otros presentan déficits más leves en la expresión y fluidez verbales, a menudo acompañados por disartria. En algunos casos se presenta una afectación de la calidad de la

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 8 de 33

vocalización, con una pérdida de las inflexiones normales. A veces, en las fases tempranas del trastorno, parece fluctuar la afectación de las funciones del habla. En los meses posteriores a la pérdida inicial del lenguaje son bastante frecuentes los trastornos del comportamiento y los emocionales, pero estos tienden a mejorar a medida que el niño adquiere algún medio de comunicación.

Excluye:

Afasia adquirida secundaria a un traumatismo, tumor u otra patología cerebral conocida. Otro trastorno desintegrativo de la infancia (F84.3).
 Autismo (F84.0, F84.1).

F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación

Trastornos sin especificación en los que haya un deterioro significativo del desarrollo del habla o del lenguaje que no puedan explicarse por un retraso mental o por un déficit neurológico, sensorial o somático que afecten directamente al habla o al lenguaje.

Incluye:

Trastorno del lenguaje sin especificación.

Todos estos trastornos tienen en común las siguientes características:

- a) Comienzo siempre en la primera o segunda infancia.
- b) Deterioro o retraso del desarrollo de las funciones que están íntimamente relacionadas con la maduración biológica del sistema nervioso central.
- c) Curso estable que no se ve afectado por las remisiones y recaídas que tienden a ser características de muchos trastornos mentales.

En la mayoría de los casos las funciones afectadas son el lenguaje y en ocasiones el rendimiento de las funciones visoespaciales o de coordinación de movimientos.

Por otro lado, los **Trastornos del lenguaje** en el **DSM IV** se definen como:



Trastornos de la comunicación como son:

Trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.

F80.1 Trastornos del lenguaje expresivo [315.31]

Características diagnósticas

La característica esencial de este trastorno es una deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo normalizadas y administradas individualmente. Tales puntuaciones deben ser sustancialmente inferiores a las obtenidas en evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo (Criterio A). Las dificultades pueden aparecer en la comunicación implicada tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 9 de 33



gestual.

Las dificultades del lenguaje interfieren los rendimientos académicos o laborales (en adultos) o bien la comunicación social (Criterio B). Los síntomas no cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, ni de trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). En caso de retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje son superiores a las habitualmente asociadas a tales problemas (Criterio D). Si se presenta un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, deben codificarse en el Eje III. Las características lingüísticas del trastorno varían en función de su gravedad y de la edad del niño. Estas características incluyen un habla limitada cuantitativamente, una gama reducida de vocabulario, dificultad para la adquisición de palabras nuevas, errores de vocabulario o de evocación de palabras, frases excesivamente cortas, estructuras gramaticales simplificadas, limitación de las variedades de las estructuras gramaticales (p. ej., formas del verbo), limitación de las variedades de tipos de frases (p. ej., imperativos, interrogantes), omisiones de partes críticas de las oraciones, utilización de un orden inusual de palabras y enlentecimiento en el desarrollo del lenguaje. El funcionamiento no lingüístico (medido mediante tests de inteligencia visuomanual) y las habilidades de comprensión del lenguaje están situados habitualmente dentro de los límites normales. El trastorno del lenguaje expresivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una insuficiencia del lenguaje expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje expresivo que no está asociada a lesión neurológica alguna de origen desconocido. Los niños con este tipo de trastorno suelen iniciar su habla tardíamente y progresan con más lentitud de lo normal a través de los distintos estadios del desarrollo del lenguaje expresivo.

Síntomas y trastornos asociados

La característica más frecuentemente asociada al trastorno del lenguaje expresivo en los niños pequeños es un trastorno fonológico. También puede observarse un trastorno en la fluencia y formulación del lenguaje, que implica una velocidad anormalmente acelerada y un ritmo errático del habla, así como alteraciones de la estructura del lenguaje. Cuando el trastorno del lenguaje expresivo es adquirido, también son frecuentes ciertas dificultades adicionales del habla, entre las que se incluyen anomalías de la articulación motora, errores fonológicos, habla lenta, repeticiones silábicas y pautas de entonación y acentuación monótonas. En los niños en edad escolar suele asociarse el trastorno del lenguaje expresivo a ciertos problemas escolares y de aprendizaje (p. ej., escribir al dictado, copiar frases y ortografía), que a veces cumplen criterios de trastornos del aprendizaje. También puede darse una alteración leve de las habilidades verbales receptivas, pero cuando esta alteración es significativa debe establecerse un diagnóstico de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.

No son raros una historia de retraso en alcanzar algunos hitos motores del desarrollo, un trastorno evolutivo de la coordinación y enuresis. También se asocian con frecuencia retraimiento social y algunos trastornos mentales como el trastorno por déficit de atención con hiperactividad. El

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 10 de 33

trastorno del lenguaje expresivo puede ir acompañado de alteraciones del EEG, hallazgos anormales en técnicas por neuroimagen, comportamientos disártricos o apráxicos y otros signos neurológicos.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo

Las evaluaciones del desarrollo de las habilidades para la comunicación deben tener en cuenta el contexto idiomático y cultural del sujeto, particularmente en el caso de quienes se hayan desarrollado en ambientes bilingües. Las medidas normalizadas del desarrollo del lenguaje y de la capacidad intelectual no verbal deben ser relevantes para el grupo cultural y lingüístico en cuestión. El trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo es más frecuente en varones que en mujeres.

Prevalencia

Se estima que un 3-5 % de los niños puede estar afectado por el trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo. El tipo adquirido es menos frecuente.

Curso



El trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo suele identificarse hacia los 3 años de edad, aunque las formas más leves del trastorno pueden no manifestarse hasta el inicio de la adolescencia, cuando el lenguaje acostumbra a hacerse más complejo, su evolución es variable. Aproximadamente la mitad de los niños afectados por este trastorno parecen superarlo, mientras que la otra mitad sufre dificultades duraderas. Al finalizar la adolescencia, la mayor parte de los niños adquiere en última instancia unas habilidades lingüísticas más o menos normales, aunque pueden persistir déficit sutiles. El trastorno del lenguaje expresivo de tipo adquirido debido a lesiones cerebrales, traumatismo craneal o ictus puede ocurrir a cualquier edad y su inicio es súbito. Su evolución y pronóstico están relacionados con la gravedad y localización de la patología cerebral, así como con la edad del niño y el nivel de desarrollo del lenguaje existente en el momento en que se adquirió el trastorno. A veces la mejora clínica de las habilidades lingüísticas es rápida y completa, mientras que otras puede darse una recuperación incompleta o un déficit progresivo.

Patrón familiar

Al parecer, el trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo es más probable en individuos con una historia familiar de trastornos de la comunicación o del aprendizaje. No hay pruebas de incidencia familiar en el tipo adquirido.

Diagnóstico diferencial

El trastorno del lenguaje expresivo se distingue del **trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo** por la presencia en este último de alteraciones significativas del lenguaje receptivo. El trastorno del lenguaje expresivo no se diagnostica si se cumplen criterios de trastorno autista o de otro trastorno generalizado del desarrollo. El **trastorno autista** también comporta la afectación del lenguaje, pero puede distinguirse del trastorno del lenguaje expresivo y del trastorno mixto del

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 11 de 33	

lenguaje receptivo-expresivo por las características de las anomalías de la comunicación (p. ej., uso estereotipado del lenguaje) y por la presencia de una alteración cualitativa de la interacción social y unos patrones de comportamiento restringidos, repetitivos y estereotipados.

El desarrollo del lenguaje expresivo y receptivo puede estar afectado por **retraso mental**, una **alteración de la audición** u **otro déficit sensorial**, un **déficit motor del habla** o una **privación ambiental grave**. La presencia de estos problemas puede verificarse mediante test de inteligencia, pruebas audiométricas, exploraciones neurológicas y la historia clínica. Si las dificultades del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas o estos problemas, puede formularse un diagnóstico concurrente de trastorno del lenguaje expresivo o de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo. Los niños con retrasos del lenguaje expresivo debidos a privación ambiental pueden experimentar mejoras rápidas una vez que se ha enriquecido su medio social. En el **trastorno de la expresión escrita** existe una alteración de las habilidades para escribir. Si también hay déficit de la expresión oral, puede ser adecuado establecer un diagnóstico adicional de trastorno del lenguaje expresivo. El **mutismo selectivo** implica una producción expresiva limitada que puede semejar un trastorno del lenguaje expresivo o un trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo; en algunos casos se precisa una historia clínica y una observación minuciosas con el fin de determinar la presencia de un lenguaje normal. La **afasia adquirida** asociada a una enfermedad médica puede ser transitoria durante la infancia. El diagnóstico de trastorno del lenguaje expresivo sólo es apropiado si la alteración del lenguaje persiste más allá del período agudo de recuperación propio del trastorno etiológico médico (p. ej., traumatismo craneal, infección vírica).



Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen puntos de corte específicos para las puntuaciones de lenguaje expresivo: dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una desviación estándar por debajo del CI no verbal. Además, y a diferencia del DSM-IV, el diagnóstico no puede establecerse si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje hablado o si hay retraso mental.

F80.2 Trastornos mixto del lenguaje receptivo-expresivo [315.31]

Características diagnósticas:

La característica esencial del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo es una alteración tanto del desarrollo del lenguaje receptivo como del expresivo verificada por las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, que se sitúan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal (Criterio A). Las dificultades pueden darse en comunicaciones que impliquen tanto el lenguaje verbal como el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren el rendimiento académico o laboral, o la

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 12 de 33

comunicación social (Criterio B), y los síntomas no cumplen los criterios de un trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio D). Si hay déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, debe codificarse en el eje III.



Un niño afectado por este trastorno experimenta las dificultades asociadas a un trastorno del lenguaje expresivo (p. ej., un vocabulario sensiblemente limitado, errores en los tiempos verbales, dificultad para recordar palabras o producir frases de longitud o complejidad propias de su edad evolutiva, dificultad general para expresar ideas) y también experimenta problemas en el desarrollo del lenguaje receptivo (p. ej., dificultad para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras). En los casos leves pueden observarse dificultades sólo para comprender tipos particulares de palabras (p. ej., términos espaciales) o frases (p. ej., frases complejas del tipo «si-entonces»). En los casos más graves cabe observar alteraciones múltiples, que incluyen la incapacidad para comprender el vocabulario básico o frases simples, así como déficit en distintas áreas del procesamiento auditivo (p. ej., discriminación de sonidos, asociación de sonidos y símbolos, almacenamiento, rememoración y secuenciación). Puesto que el desarrollo del lenguaje expresivo en la infancia descansa en la adquisición de habilidades receptivas, virtualmente nunca se observa un trastorno puro del lenguaje receptivo (análogo a una afasia de Wernicke en los adultos).

El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo puede ser adquirido o evolutivo. En el tipo adquirido se produce una afectación del lenguaje receptivo y expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación). En el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje receptivo y expresivo que no está asociada a afectación neurológica alguna de origen conocido. Este tipo se caracteriza por un ritmo lento del desarrollo del lenguaje donde el habla puede iniciarse tardíamente y avanzar con lentitud a través de los sucesivos estadios del desarrollo del lenguaje.

Síntomas y trastornos asociados

Las características lingüísticas del trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo son similares a las que acompañan al trastorno del lenguaje expresivo. El déficit de comprensión es la característica primaria que diferencia este trastorno del lenguaje expresivo, y esta característica puede variar en función de la gravedad del trastorno y de la edad del niño. Las alteraciones de la comprensión del lenguaje pueden resultar menos evidentes que las implicadas en la producción del lenguaje, puesto que no se manifiestan tan claramente al observador y es posible que sólo se evidencien mediante una evaluación formal.

Intermitentemente, puede parecer que el niño se confunde o no presta atención cuando se le habla, puede seguir instrucciones de manera incorrecta o no seguirlas en absoluto, y dar respuestas tangenciales o inadecuadas a las preguntas que se le formulan. En algunos casos suele ser excepcionalmente silencioso o, por el contrario, muy locuaz. Las habilidades para la

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 13 de 33	

conversación (p. ej., respetar turnos, mantener un tema) suelen ser muy deficientes o inadecuadas. Son frecuentes los déficit en distintas áreas del procesamiento sensorial de la información, especialmente en el procesamiento temporal auditivo (p. ej., velocidad de procesamiento, asociación de sonidos y símbolos, secuencia de sonidos y memoria, atención a los sonidos y discriminación de éstos). También es característica la dificultad para producir secuencias motoras fluida y rápidamente. Con frecuencia, hay trastornos fonológicos, trastornos del aprendizaje y déficit de la percepción verbal, acompañados de alteraciones en la memorización. También se asocian otros trastornos: trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno del desarrollo de la coordinación y enuresis. El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo puede acompañarse de alteraciones del EEG, hallazgos anormales en técnicas por neuroimagen y otros signos neurológicos. Existe una forma de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo adquirido que se inicia alrededor de los 3-9 años de edad y se acompaña de convulsiones, siendo conocido como síndrome de Landau-Kleffner.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo



Las evaluaciones del desarrollo de las aptitudes para la comunicación deben tener en cuenta el contexto cultural y lingüístico del sujeto, particularmente si éste se ha desarrollado en un ambiente bilingüe. Las evaluaciones normalizadas del desarrollo del lenguaje y de la capacidad intelectual no verbal deben ser relevantes para el grupo cultural lingüístico en cuestión. El trastorno de tipo evolutivo es más prevalente en varones que en mujeres.

Prevalencia

Se estima que el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo evolutivo puede ocurrir en un 3 % de los niños en edad escolar, pero probablemente es menos frecuente que el trastorno del lenguaje expresivo. El síndrome de Landau-Kleffner y otras formas de tipo adquirido del trastorno son más raros.

Curso

Habitualmente, el trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo evolutivo se detecta antes de los 4 años de edad. Las formas graves del trastorno pueden manifestarse hacia los 2 años. Las formas más leves pueden no reconocerse hasta que el niño ingresa en la escuela elemental donde el déficit de comprensión se hace más evidente. El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo adquirido, debido a lesiones cerebrales, traumatismo craneal o ictus, puede aparecer a cualquier edad. El tipo adquirido propio del síndrome de Landau-Kleffner (afasia epiléptica adquirida) suele aparecer entre los 3 y los 9 años de edad. Muchos niños con trastorno mixto del lenguaje receptivo -expresivo adquieren eventualmente unas habilidades lingüísticas normales, pero el pronóstico es peor que en los afectados por un trastorno del lenguaje expresivo. En el trastorno mixto del lenguaje receptivo -expresivo de tipo adquirido, el curso y el pronóstico están relacionados con la gravedad y la localización de la patología cerebral, así como con la edad del niño y el grado de desarrollo del lenguaje en el momento en que se adquirió el trastorno. A veces la mejoría clínica de las habilidades lingüísticas es completa, mientras que en otros casos puede haber una recuperación incompleta o un déficit progresivo. Los niños con las formas más

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 14 de 33

graves tienden a desarrollar trastornos del aprendizaje.

Patrón familiar

El trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo de tipo evolutivo es más frecuente entre familiares biológicos de primer grado de quienes sufren el trastorno que en la población general. No hay pruebas de incidencia familiar en el tipo adquirido de este trastorno.

Diagnóstico diferencial

Véase el apartado «Diagnóstico diferencial» del trastorno del lenguaje expresivo.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

En la CIE-10, el término correspondiente a este trastorno es el de trastorno del lenguaje receptivo. A diferencia del DSM-IV, que especifica dificultades tanto para el lenguaje expresivo como para el receptivo, toda vez que éstas suelen aparecer simultáneamente, la definición de la CIE-10 sólo menciona desviaciones en la comprensión del lenguaje. Los Criterios Diagnósticos de Investigación proponen puntos de corte para las puntuaciones de lenguaje receptivo: dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una desviación estándar por debajo del CI no verbal. Además, y a diferencia del DSM -IV, no puede establecerse el diagnóstico si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje receptivo o si hay retraso mental.



Criterios para el diagnóstico de F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo [315.31]

- A. Las puntuaciones obtenidas mediante una batería de evaluaciones del desarrollo del lenguaje receptivo y expresivo, normalizadas y administradas individualmente, quedan sustancialmente por debajo de las obtenidas mediante evaluaciones normalizadas de la capacidad intelectual no verbal. Los síntomas incluyen los propios del trastorno del lenguaje expresivo, así como dificultades para comprender palabras, frases o tipos específicos de palabras, tales como términos espaciales.
- B. Las deficiencias del lenguaje receptivo y expresivo interfieren significativamente el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.
- C. No se cumplen los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, déficit sensorial o motor del habla o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

F80.0 Trastorno fonológico [315.39] (antes trastorno del desarrollo de la articulación)

Características diagnósticas

La característica esencial del trastorno fonológico es una incapacidad para utilizar los sonidos del habla evolutivamente apropiados para la edad y el idioma del sujeto (Criterio A). Puede implicar errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos, por ejemplo, sustituciones de un sonido por otro (uso del sonido /t/ en lugar de /k/) u omisiones de sonidos (p. ej., consonantes finales), etc. Las deficiencias en la producción de sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay retraso mental,

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 15 de 33

déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas (Criterio C). Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, deben codificarse en el Eje III.

El trastorno fonológico incluye errores de la producción fonológica (esto es, de la articulación) que comportan la incapacidad para producir correctamente sonidos del habla, así como una serie de problemas fonológicos de índole cognoscitiva que implican un déficit para la categorización lingüística de los sonidos del habla (p. ej., dificultad para seleccionar los sonidos del lenguaje que dan lugar a una diferencia de significado). La gravedad oscila entre un efecto muy escaso o nulo sobre la inteligibilidad del habla hasta un habla completamente ininteligible. Habitualmente, se considera que las omisiones de sonidos son más graves que las sustituciones de sonidos, las cuales, a su vez, son más graves que las distorsiones de sonidos. Los sonidos que más frecuentemente se articulan mal son los de adquisición más tardía en la secuencia del desarrollo (*l, r, s, z, ch*), pero en los sujetos de menor edad o más gravemente afectados también pueden afectarse las consonantes y vocales de desarrollo más temprano. El ceceo (esto es, la articulación deficiente de sibilantes) es particularmente frecuente. El trastorno fonológico puede comportar asimismo errores de selección y ordenamiento de los sonidos en las sílabas y palabras (p. ej., *sol* por *los*).

Síntomas y trastornos asociados

Aunque puede haber una asociación con factores causales evidentes como deficiencias auditivas, déficit estructurales del mecanismo periférico oral del habla (p. ej., hendidura palatina), trastornos neurológicos (p. ej., parálisis cerebral), limitaciones cognoscitivas (p. ej., retraso mental) o problemas psicosociales, por lo menos un 2,5 % de los niños preescolares presenta trastornos fonológicos de origen desconocido o dudoso, trastornos que habitualmente se califican como *funcionales* o *evolutivos*. Puede haber un retraso de la aparición del habla.

Síntomas dependientes de la cultura y el sexo



Las evaluaciones del desarrollo de las aptitudes para la comunicación deben tener en cuenta el contexto cultural y lingüístico del sujeto, particularmente en quienes se han desarrollado en ambientes bilingües. El trastorno fonológico es más prevalente en los varones.

Prevalencia

Aproximadamente el 2-3 % de los niños entre 6 y 7 años de edad presenta un trastorno fonológico de moderado a grave, aunque la prevalencia de las formas más leves del trastorno es superior. La prevalencia desciende al 0,5 % hacia los 17 años de edad.

Curso

En el trastorno fonológico grave, el lenguaje del niño puede ser relativamente ininteligible incluso para los miembros de su familia. Las formas menos graves del trastorno pueden no reconocerse hasta que el niño ingresa en un ambiente preescolar o escolar y tiene dificultades para ser

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 16 de 33	

comprendido fuera de su familia inmediata. El curso del trastorno varía en función de su gravedad y de las causas asociadas. En las presentaciones leves de causa desconocida suele producirse una recuperación espontánea.

Patrón familiar

Se ha demostrado la existencia de antecedentes familiares en algunas formas de trastorno fonológico.

Diagnóstico diferencial

Las dificultades del habla pueden asociarse a **retraso mental**, **deficiencia auditiva** u otro **déficit sensorial**, **déficit motor del habla** o **privación ambiental grave**. Puede verificarse la presencia de estos problemas mediante test de inteligencia, pruebas audiométricas, exploraciones neurológicas e historia clínica.

Si las deficiencias del habla son superiores a las habitualmente asociadas a estos problemas, puede establecerse un diagnóstico concurrente de trastorno fonológico.

Los problemas limitados al **ritmo del habla** o a la **voz** no se incluyen en el trastorno fonológico y se diagnostican como **tartamudeo** o **trastorno de la comunicación no especificado**. Los niños con deficiencias del habla debidas a privación ambiental pueden mejorar rápidamente una vez subsanados los problemas ambientales.

Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 proponen que la capacidad para la articulación de la palabra, evaluada mediante test estandarizados, se sitúe dos desviaciones estándar por debajo del nivel esperado y una desviación estándar por debajo del CI no verbal para poder realizar este diagnóstico. Además, y a diferencia del DSM-IV, el diagnóstico no puede establecerse si cualquier deterioro de tipo neurológico, sensorial o físico afecta directamente la utilización del lenguaje receptivo o si hay retraso mental.



F80.0 Trastornos fonológico [315.39]

Características diagnósticas

A. Incapacidad para utilizar los sonidos del habla esperables evolutivamente y propios de la edad e idioma del sujeto (p. ej., errores de la producción, utilización, representación u organización de los sonidos tales como sustituciones de un sonido por otro (utilización del sonido /t/ en lugar de /k/ u omisiones de sonidos tales como consonantes finales).

B. Las deficiencias de la producción de los sonidos del habla interfieren el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social.

C. Si hay un retraso mental, un déficit sensorial o motor del habla, o una privación ambiental, las deficiencias del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 17 de 33

F98.5 Tartamudeo [307.0]

Características diagnósticas

La característica esencial del tartamudeo es un trastorno de la fluidez normal y estructuración temporal del **habla**, que es inapropiada para la edad del sujeto (Criterio A). Este trastorno se caracteriza por frecuentes repeticiones o prolongaciones de sonidos o sílabas (Criterios A1 y A2). También se observan otros tipos de alteraciones de la fluidez del **habla**, entre las que se incluyen interjecciones (Criterio A3), fragmentación de palabras (p. ej., pausas dentro de una palabra) (Criterio A4), bloqueo audible o silencioso (p. ej., pausas en el habla ocupadas o no) (Criterio A5), circunloquios (esto es, sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas) (Criterio A6), palabras producidas con un exceso de tensión física (Criterio A7) y repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yoyo le veré») (Criterio A8). La alteración de la fluidez interfiere el rendimiento académico o laboral, o la comunicación social (Criterio B). Si hay un déficit sensorial o motor del habla, las deficiencias del habla son superiores a las asociadas usualmente a estos problemas (Criterio C). Si hay un déficit sensorial o motor del habla o una enfermedad neurológica, se codificarán también en el Eje III. La intensidad del trastorno varía en función de las situaciones y a menudo es más grave cuando se produce una presión especial para comunicar (p. ej., ser preguntado en clase o entrevistado para conseguir un empleo). El tartamudeo suele no producirse durante una lectura oral, cantando o hablando a objetos inanimados o animales.

Síntomas y trastornos asociados

Al iniciarse el tartamudeo, el sujeto puede no ser consciente del problema, desarrollándose posteriormente la conciencia e incluso la anticipación ansiosa de su dificultad. El sujeto puede intentar evitar el tartamudeo mediante mecanismos lingüísticos (p. ej., alterando la velocidad del habla, evitando ciertas situaciones verbales como telefonar o hablar en público, o evitando ciertas palabras o sonidos). El tartamudeo puede acompañarse de ciertos movimientos (p. ej., parpadeos, tics, temblores de los labios o el rostro, extensiones bruscas de la cabeza, movimientos respiratorios o apretar los puños). Se ha observado que el estrés o la ansiedad exacerban el tartamudeo. Debido a la ansiedad, frustración o baja autoestima asociadas, puede producirse una alteración de la actividad social.



En los adultos, el tartamudeo puede limitar la elección o el progreso laborales. En las personas con tartamudeo, el trastorno fonológico y el trastorno del lenguaje expresivo se producen con mayor frecuencia que en la población general.

Prevalencia

La prevalencia de tartamudeo en niños prepuberales es del 1 % y desciende al 0,8 % en la adolescencia. La proporción varón a mujer es aproximadamente 3:1.

Curso

Estudios retrospectivos sobre tartamudos indican que el inicio del trastorno se produce típicamente entre los 2 y 7 años de edad (con un máximo alrededor de los 5 años). En el 98 % de los casos el inicio se produce antes de los 10 años de edad. Dicho inicio suele ser insidioso, transcurriendo varios meses durante los cuales se producen anomalías de la fluidez verbal episódicas,

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 18 de 33

desapercibidas, que se van convirtiendo en un problema crónico. Típicamente, el trastorno se inicia de modo gradual, con repeticiones de consonantes iniciales, palabras que usualmente inician una frase o palabras largas. En general el niño no es consciente del tartamudeo. A medida que el trastorno progresa, se instaura un curso oscilante. Las alteraciones de la fluidez se hacen cada vez más frecuentes, y el tartamudeo se produce en relación con palabras o frases más significativas. Cuando el niño se hace consciente de sus dificultades relacionadas con el habla, pueden aparecer mecanismos para evitar las alteraciones de la fluidez, observándose respuestas emocionales. Algunas investigaciones sugieren que más del 80 % se recuperan, de los cuales hasta un 60% lo hace espontáneamente. Habitualmente, la recuperación se produce antes de los 16 años de edad.

Patrón familiar

Los estudios de familias y gemelos han suministrado sólidas pruebas de la existencia de un factor genético en la etiología del tartamudeo. La presencia de un trastorno fonológico o un trastorno del lenguaje expresivo de tipo evolutivo, o una historia familiar de ambos, incrementa la probabilidad de tartamudeo. El riesgo de tartamudeo entre familiares biológicos de primer grado es tres veces superior al riesgo observado en la población general. En el caso de varones tartamudos, alrededor del 10 % de sus hijas y el 20 % de sus hijos también lo serán.

Diagnóstico diferencial

Las dificultades del habla pueden estar asociadas a una **deficiencia auditiva** u otro **déficit sensorial** o a un **déficit motor del habla**. Cuando las dificultades del habla exceden de las habitualmente asociadas a estos problemas, puede establecerse un diagnóstico simultáneo de tartamudeo. El tartamudeo debe distinguirse de las **anomalías de la fluidez verbal normales que se producen frecuentemente en niños pequeños** y que incluyen repeticiones de palabras enteras o de frases (p. ej., «quiero, quiero un helado»), frases incompletas, interjecciones, pausas injustificadas y observaciones «entre paréntesis».



Relación con los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10

A diferencia del DSM-IV, que establece la significación clínica del trastorno con arreglo al grado de interferencia sobre los logros académicos y laborales en adultos o la comunicación social, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 se basan en una duración mínima de 3 meses para determinar la significación clínica del tartamudeo.

Criterios para el diagnóstico de F98.5 Tartamudeo [307.0]

A. Alteración de la fluidez y la organización temporal normales del habla (inadecuadas para la edad del individuo), caracterizada por ocurrencias frecuentes de uno o más de los siguientes fenómenos:

- (1) repeticiones de sonidos y sílabas
- (2) prolongaciones de sonidos
- (3) interjecciones
- (4) palabras fragmentadas (p. ej., pausas dentro de una palabra)
- (5) bloqueos audibles o silenciosos (pausas en el habla)

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 19 de 33

(6) circunloquios (sustituciones de palabras para evitar palabras problemáticas)

(7) palabras producidas con un exceso de tensión física

(8) repeticiones de palabras monosilábicas (p. ej., «Yo-yo-yo le veo»)

F80.9 Trastornos de la comunicación no especificado [307.9]

Esta categoría se reserva para trastornos de la comunicación que no cumplen los criterios de ningún trastorno de la comunicación específico; por ejemplo, un trastorno de la voz (esto es, una anomalía del volumen, calidad, tono o resonancia vocales).

5. Diagnóstico

No obstante, en el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra en el área de Foniatría, Audiología y Patología de Lenguaje se continua usando el enfoque fisiopatológico de Azcoaga, J. (1973) quien define los Retardos de lenguaje de la siguiente manera:

Retardo de lenguaje de patogenia anártrica.

Es un trastorno de la actividad del analizador cinestésico-motor verbal que afecta exclusivamente la elocución del lenguaje, Citrinovitz, 1966, en Azcoaga, 1992. La palabra “retardo” se refiere a un retraso en la adquisición de funciones superiores, en relación a las pautas cronológicas consideradas normales y la favorable perspectiva de recuperación del lenguaje en cuanto a los aspectos fonológico, semántico y sintáctico.

Este trastorno se presenta en niños de 3 a 6 años y se caracteriza por fallas articulatorias que incluyen dislalias y/o parafasias.

Factores de riesgo.

-Sobreprotección de uno o de ambos padres y de familiares extensos.



-Escolaridad (no haberla iniciado, faltas constantes a la misma por enfermedades o por otros motivos, cambios de escuela o de maestras en el ciclo escolar).

- Problemas emocionales (divorcio, violencia intrafamiliar, padres con depresión, neurosis, adicciones, trastornos psiquiátricos, entre otros).

-Fallas del personal médico de instancias de primer nivel en el diagnóstico diferencial de un problema de lenguaje y la consecuente canalización a instancias de rehabilitación de segundo y tercer nivel.

Evolución

El desarrollo integral de los niños durante el primer año sigue un curso esperado a su edad cronológica, sin embargo, aproximadamente a los dos años el desarrollo del lenguaje empieza a rezagarse en función de otras áreas, a los 2 años se evidencia la dificultad del niño para expresar sus sentimientos, emociones, pensamientos y necesidades, lo que influirá en la relación con sus padres, con sus iguales y medio inmediato.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 20 de 33	

El niño al no tener la posibilidad de expresar sus deseos tiende a desarrollar una pobre comunicación verbal y a apoyarse cada vez más en la comunicación no verbal (señas y gestos), lo cual puede influir adversamente en su socialización y facilitar el desarrollo de problemas emocionales como baja tolerancia a la frustración, dependencia, inseguridad, entre otros.

Retardo de lenguaje de patogenia afásica.

La afasia es una alteración de la comprensión del lenguaje que se caracteriza por un déficit de la actividad combinatoria del analizador verbal, resultante o no de una lesión que lo compromete directamente, y que se exterioriza por síntomas que afectan la comprensión del lenguaje y la capacidad de síntesis de proposiciones simples, desorganiza la elocución, en especial el aspecto sintáctico semántico.

Los padres de estos niños se sienten confundidos frente a la conducta de sus hijos, ya que siguen instrucciones sencillas, pero se les complica realizar instrucciones más complejas o asimilar nueva información, lo cual está relacionado con fallas en la comprensión y en la memoria (características propias del retardo de lenguaje afásico) lo que a veces es explicado por los padres en función de aspectos emocionales.

En el área escolar los profesores describen a estos niños como inquietos, distraídos, que alteran la dinámica de clase, con poco interés hacia las actividades académicas o con poco interés sostenido hacia éstas, en algunos casos son agresivos, con baja tolerancia hacia la frustración, etc.

Retardo de lenguaje de patogenia audiógena.



Corresponde al trastorno del lenguaje que resulta de la pérdida auditiva. Se lo denomina aislado o puro. Hay una correspondencia entre el trastorno del lenguaje y el grado de pérdida auditiva y la forma del perfil audiométrico.

Así como relacionar el retardo audiógeno del lenguaje con el momento evolutivo en que se instala la lesión auditiva permite distinguir el nivel de afectación. Si la audición se pierde en el primer nivel lingüístico puede perturbar los aspectos fonológicos, semánticos y sintácticos. Es probable que el desarrollo del lenguaje adquirido hasta ese momento sufra un estancamiento o retroceso parcial o total, por lo que el niño recurrirá al uso de códigos gestuales para compensar lo perdido.

Si se presenta en el segundo nivel lingüístico, más allá de los 6 años aproximadamente, los aspectos semántico y sintáctico serán menos afectados, pero si incidirá en el sistema fonológico: la entonación de la voz, el ritmo y la justeza de los puntos de articulación se vulneran por las dificultades de la discriminación en el registro auditivo de los fonemas.

Retardo de lenguaje alálico.

Los niños que cursan con debilidad mental leve o moderada desarrollan un lenguaje limitado como consecuencia de un trastorno global de las funciones psicológicas superiores; en los casos de pacientes psiquiátricos, consecuencia de una distorsión de la personalidad. En ambos casos la vida psíquica o intelectual del paciente comprometerá así el desarrollo de los procesos cognitivos,

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 21 de 33

la organización funcional del cerebro y por ende el lenguaje debido a su estrecha relación con el pensamiento y su función social comunicativa.

Cabe señalar que, la afectación y el déficit lingüístico será proporcional a la capacidad intelectual (grado y características), alteraciones neurológicas, física, motoras y sus consecuencias en el ámbito escolar, familiar y social.

Evidencias y Recomendaciones

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido ya que, la Salud de la Población contribuiría a mejorar la calidad de vida y la seguridad no sólo de comunidades pequeñas sino del mundo.



Las circunstancias en las que los niños se desarrollan, viven, en su vida adulta trabajan y envejecen influyen en gran medida en forma cómo la gente vive y muere. La educación, vivienda, alimentación, familia, escuela y empleo tiene impacto sobre la salud de las personas. Por lo que, el acceso oportuno a los servicios sanitarios es crítico: una combinación de promoción, prevención, tratamiento, habilitación y rehabilitación puede concluir en un bienestar generalizado en México.

Es por ello que el Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra (INRLGII) tiene la misión de abatir la incidencia de la discapacidad al brindar servicios de habilitación y rehabilitación de pacientes que cursan con trastornos de lenguaje, desde una perspectiva integral considerando los aspectos neurológicos, físicos, psicológicos, familiares, escolares y sociales de los pacientes.

Estos trastornos del lenguaje son atendidos por la subdirección de Audiología, Foniatría y Patología del Lenguaje en un porcentaje de 6.4% de un total de **51,746** pacientes vistos en el 2008 en el INRLGII, lo que evidencia la necesidad de brindar servicios integrales que concluyan en el bienestar de nuestra población infantil en busca de su óptimo desarrollo para alcanzar una adultez plena.

De acuerdo con lo anterior y con el propósito de contribuir al desarrollo integral e inclusión de las personas con discapacidad y sus familias en la vida social, política y productiva del país, y dado que el 36.2% de la población acude a la Secretaría de Salud en busca de servicios médicos (Censo 2010), nuestro propósito es el de presentar las evidencias y recomendaciones en la presente guía práctica como producto del análisis de guías prácticas clínicas internacionales. La información vertida se organizó según criterios relacionados con las características cuantitativas, cualitativas, de diseño y tipo de resultados de los estudios que las originaron.

Prevención Primaria Promoción de la Salud Estilos de Vida

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 22 de 33	

La Atención Primaria incluye, a la vez, una filosofía de desarrollo y un nivel de servicio de la Salud. La filosofía destaca la necesidad de una cobertura coherente de los problemas de salud en las comunidades, proporcionando servicios preventivos, curativos, de habilitación y rehabilitación. En cuanto al nivel de servicio, eso supone que la Atención Primaria debe cubrir todos los aspectos básicos de la Salud.

Por lo tanto, detectar oportunamente alteraciones en el complejo proceso de adquisición del lenguaje permite la puesta en práctica de la intervención temprana, que por medio de la estimulación diferenciada y apropiada en las funciones expresivas y/o receptivas del lenguaje favorecerá la compensación de las disfunciones que se presentan.

A su vez mientras más estimulado y maduro esté un menor en su ambiente, favorecerá el desarrollo de un lenguaje estructurado de acuerdo a su edad lo que le permitirá la adquisición de habilidades cognitivas, mejorar su autoestima, e influir positivamente en su nivel afectivo y social.

Factores de Riesgo



Por tanto, es necesario considerar que, la rehabilitación es el conjunto de actividades mediante las cuales se procura la adaptación o readaptación del niño discapacitado en todos sus aspectos (médicos, reeducativos, psicológicos y socioeconómicos) para lograr su integración a la sociedad en las mejores condiciones físicas, intelectuales, psicológicas y sociales, de tal manera que la rehabilitación tiene diferentes objetivos dependiendo del periodo en que deba actuar, Azcoaga, (1992).

7. Diagnóstico Psicológico.

Para el Diagnóstico se deben considerar todas las posibles patologías que pueden afectar la adquisición y desarrollo del lenguaje, analizando si existe un compromiso de neurodesarrollo en forma global involucrando habilidades motoras, de cognición y por tanto de lenguaje que requerirá de una intervención terapéutica para atender su neurorehabilitación y factores psicológicos afectados tanto en áreas familiar, emocional, escolar y sociales.

El coeficiente intelectual (CI), en estos pacientes es esencial ya que, en función de su bagaje intelectual se describirán sus habilidades, destrezas, capacidades, deficiencias etc. que podremos comparar en relación a lo esperado para su edad cronológica para determinar si está capacidad intelectual afecta el desempeño del menor en el ambiente familiar y a nivel de pre-escolar o primaria.

En consecuencia, es indispensable valorar el nivel de desarrollo de diversas funciones psicológicas superiores para hacer un buen diagnóstico y brindar así, una adecuado tratamiento.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 23 de 33

- **Lenguaje:** El desarrollo del lenguaje puede ser lento en base a las funciones neurológicas. En general el lenguaje receptivo necesita el desarrollo de habilidades más complejas como por ejemplo el pensamiento abstracto, lo cual mejora con la edad, el lenguaje expresivo es primordial en las habilidades para la comunicación (hablar de situaciones de la vida real, manera en que transmiten ideas, pensamientos, o sentimientos).

- **Lectoescritura:** Cuando el paciente tiene problemas de lenguaje en consecuencia tendrá dificultad para la adquisición de la lectoescritura, su lectura será lenta, silabeada y con inadecuada comprensión “aprenden a leer, pero no leen para aprender”, no pueden integrar conceptos abstractos.

- **Comprensión:** Es necesario evaluar esta área para identificar problemas con la codificación inicial de la información. Por ejemplo, pueden leer un grupo de instrucciones con pocos errores, pero no seguir el proceso hasta el final, por no recordar acciones con múltiples pasos y no interpretarlas.

- **Matemáticas:** El desarrollo del concepto numérico puede verse afectado, especialmente el razonamiento matemático, razonamiento abstracto, el uso del dinero, en la resolución de problemas (habilidad de razonamiento inductivo y deductivo) y hacer inferencias.



- **Habilidades motoras:** Muchos niños tienen trastornos en habilidades motoras finas y gruesas. Las dificultades en las praxias motoras pueden afectar la articulación del lenguaje; el problema motor puede verse afectado por una deficiente representación mental de espacio, tiempo y movimiento.

- **Memoria:** Los aspectos de registro, mantenimiento y recuperación de la información mnésica también están en curso de desarrollo, lo que puede afectar al incremento de su vocabulario y por tanto de lenguaje. Algunos pacientes tienen problemas con habilidades de memoria complejas, por ej. recordar detalles de historias. Dificultades en lo “visoespacial para las formas”, ya que en algunas pruebas se describió que podían recordar la forma del objeto pero no su localización.

- **Memoria de trabajo:** se refiere a fallas en la habilidad para sostener información en mente el tiempo suficiente para realizar una acción que requiera dicha información.

- **Funciones ejecutivas:** Los procesos mentales mediante los cuales resuelven voluntariamente problemas (internos o externos) son deficientes, se detecta en la falta de habilidad para abordar nuevos problemas, resolverlos, evaluar el resultado y razonar. Los problemas internos son el resultado de la representación mental de actividades creativas y conflictos en el ámbito social, comunicativo, afectivo y motivacional ya sean nuevos o repetidos. Los problemas externos son el resultado de la interacción entre el individuo y su entorno (Papazian, O., y cols. 2006).

- **Atención y orientación:** Es necesario valorar si el paciente se encuentra orientado en espacio y persona, aunque en tiempo dependiendo de la edad tendrá sus fallas esperadas. Los aspectos de

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 24 de 33

volumen, oscilación y mantenimiento de la atención voluntaria deben observarse durante la valoración psicológica para determinar si se encuentran en condiciones esperadas para su edad de desarrollo.

- **Aprendizaje:** Hay dificultad en la elaboración de pensamientos en forma escrita, pobre organización de la información en cuanto al síntesis, análisis y secuenciación, poco conocimiento concretado (desarrollo de lenguaje, conocimiento lexical, capacidad para comprender instrucciones e información general). Además de, dificultades con el razonamiento y procesamiento visual.



- **Conducta:** Baja tolerancia a la frustración, cambios de humor, impulsividad, ansiedad de separación, dificultad con la iniciativa y autorregulación. En algunos casos se sugiere evaluación neurológica como ayuda diagnóstica con ayuda de estudios de neuroimagen, potenciales evocados de tronco, EEG de acuerdo con el cuadro clínico y evaluación neurocognitiva.

Área de Maduración: De los 0 a los 3 primeros años de vida se realizan evaluaciones cualitativas y cuantitativas de Desarrollo a través de instrumentos como el Inventario de Logros Preescolares PAR (Doll, E. A.) que brinda una Edad de Maduración y Cocientes de Maduración. Mientras que el Desarrollo del Vocabulario receptivo se evalúa con el Test de Vocabulario en Imágenes PEABODY (Dunn, L. y cols. 1986) que obtiene un Puntaje Estándar Equivalente y una Edad Equivalente de Vocabulario. La maduración del esquema corporal se estima con el Dibujo de la Figura Humana según E. M. Koppitz (1968), además de identificar indicadores emocionales. De acuerdo con los resultados obtenidos de las diversas pruebas se orientan las intervenciones terapéuticas. Los niños de 3 años 10 meses 16 días hasta los 16 años 11 meses 30 días se valora su capacidad intelectual con la escala de inteligencia Wechsler respectiva; en algunos casos cuando por madurez y nivel de desarrollo del lenguaje se les evalúa con la prueba de Aptitudes para el Aprendizaje Hiskey-Nebraska la cual nos proporciona una Edad Mental media y una Capacidad de Aprendizaje. El Nivel de Maduración Visomotor se estima con el Test Gestáltico Vismotor Bender además la evaluación del esquema corporal y aspectos emocionales con el test del dibujo de la Figura Humana; con los pacientes que aún no proyecta la figura humana en forma gráfica se evalúa el conocimiento del esquema corporal a través del test de construcción de un maniquí de Pitner-Paterson (1917).

Área de Psicopedagogía: Se determina el perfil cognitivo, tomando como referencia los resultados obtenidos en la valoración completa, junto con los datos recopilados en la Entrevista Clínica, también se obtiene parámetros de su desempeño lingüístico. La información resultante es el punto de partida para concluir un Diagnóstico y el abordaje terapéutico ya que da idea del rendimiento y características de sus canales mejor habilitados para realizar la estimulación pertinente, así como sus áreas próximas de desarrollo.

Aspectos conductuales, psicológicos y psiquiátricos.

Los niños que cursan con algún retardo de lenguaje pueden presentar o desarrollar diferentes alteraciones del comportamiento, de adaptación, emocionales, familiares, sociales y escolares. Algunos casos con incidencia de trastornos psiquiátricos. Los trastornos conductuales se

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 25 de 33	

manifiestan a medida que el niño/a crece haciéndose más evidentes al ingreso escolar, en la pubertad y durante la adolescencia.

Es necesario que tanto el equipo de salud como los padres estén informados para así poder detectar la presencia de cambios en el comportamiento o el desarrollo de diferentes trastornos para poder intervenir oportunamente.

Recomendaciones:

- Estar atentos al desarrollo neuropsicológico, cognitivo y emocional de los niños.
- Realizar una evaluación interdisciplinaria incluyendo la consulta psicológica, y de requerirse la psiquiátrica, para monitorear tanto en niños como en adultos la conducta, de esta forma, detectar síntomas que puedan evidenciar un problema de índole psiquiátrico.

La importancia de un diagnóstico temprano radica en la posibilidad de realizar intervenciones tempranas para minimizar el cuadro clínico y evitar el agravamiento de los síntomas.

Es necesario implementar estrategias que apunten a una mejor adaptación social para lograr la mejor calidad de vida posible para el niño y su familia.

- Entrevista Clínica e Instrumentos de Evaluación:

El médico en comunicación humana envía a los pacientes al área de psicología, servicio de apoyo diagnóstico, para la realización de una evaluación psicológica integrada por:



- 1.- Entrevista Clínica.
- 2.- Aplicación de pruebas psicológicas.
- 3.- Diagnóstico.
- 4.- Sugerencias.

- 1.- En la Entrevista Clínica se indagan los siguientes puntos.

Datos de identificación de los padres (nombre, edad, ocupación, estado civil), número de hijos (nombre, ocupación y/o escolaridad), dinámica familiar (cómo está constituida la familia, sus estilos y acuerdos de crianza, sistemas de corrección, existencia de consentimiento y/o sobreprotección, factores emocionales, relación de pareja y relación fraterna).

Se indaga el motivo de consulta según el paciente o sus padres lo refieren y se hace una apreciación física y actitudinal del paciente y su familia.

Escolaridad del paciente: edad y grado en la que fue iniciada, desempeño escolar, conducta, socialización, manejo de la agresión, adaptación al grupo, entre otros.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 26 de 33

Antecedentes pre, peri y posnatales: curso del embarazo, adversidades, condiciones del nacimiento y valoración neonatal, uso de medios y herramientas médicas.

Desarrollo personal: se indaga el proceso de adquisición del desarrollo psicomotor, del lenguaje, edad de adquisición del control esfinteriano (vesical y anal), aspectos cualitativos de la alimentación y aspectos del sueño en cuanto a conciliación y con quien duerme, indagando posibles trastornos alimenticios y de sueño.

Antecedentes patológicos: enfermedades de la infancia, traumatismos craneoencefálicos, crisis convulsivas, espasmo del sollozo, procesos quirúrgicos, etc.

Antecedentes familiares patológicos en la rama paterna y materna (diabetes, hipertensión, cáncer, trastornos psiquiátricos, adicciones, retardos de lenguaje y/o aprendizaje, entre otros).

Tratamientos: si han tenido tratamientos previos dirigidos a la habilitación o rehabilitación, incluyendo la duración y resultados de los mismos como por ejemplo estimulación temprana, CAPEP, USAER, DIF, etc.

Datos Clínicos y Paraclínicos de la audición. Resultados de las audiometrías y conducta auditiva clínicamente observada.

Conducta del paciente referida por los padres: con la finalidad de detectar alteraciones conductuales, emocionales, de desarrollo y/o adaptativas.

Conducta observada durante el estudio: se refieren todas las conductas presentadas por el paciente durante la valoración psicológica, estilos cognitivos de pensamiento (abstracto, funcional, concreto), estilo comunicativo (nivel de lenguaje), personalidad y respuestas emocionales y conductuales.



Relaciones temporoespaciales y lateralidad: se valora el conocimiento y manejo del tiempo y el espacio, la identificación de su lateralidad.

- Pruebas psicológicas

La elección de las pruebas depende de varios aspectos, uno de ellos es el grado de desarrollo del paciente, en particular el nivel de lenguaje observado, de su grado de escolaridad y de factores socioculturales.

- Diagnóstico

Los niños que presenta un retardo del lenguaje en general han tenido un desarrollo dentro de los parámetros de normalidad, sin embargo el lenguaje es el área que presenta un evidente retraso.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 27 de 33	

Los padres de estos niños refieren que observan a sus hijos con capacidades para aprender, siguen y comprenden instrucciones a pesar de que en ocasiones es necesario repetirles la instrucción, situación que debe corroborarse durante la entrevista clínica y en la evaluación psicológica.

Los niños con un retardo de lenguaje de patogenia anártrica obtienen en las diversas pruebas psicológicas puntuaciones en un nivel de acuerdo a su edad cronológica (rango de normalidad) o incluso superior a ésta (rango de inteligencia superior), su rendimiento intelectual refleja que funciones superiores, tales como la comprensión y la memoria (en sus diversas modalidades) se encuentran conservadas.

En la prueba gestáltica visomotora para niños no hay datos significativos que sugieran un compromiso neurológico (Daño Cerebral) y su desempeño al realizar la Figura Humana indica adecuado conocimiento de su esquema corporal.

Sin embargo, el lenguaje al ser un medio de comunicación participa en diversos aspectos sociales y emocionales, como la interacción con otros, autoestima, autoconcepto y en general en la formación de la personalidad. El niño es capaz de identificar su dificultad en estructurar el lenguaje y/o en la emisión de fonemas, lo que puede provocar un problema emocional de dimensiones y repercusiones variadas.

- Diagnóstico Diferencial



- a) Dislalias evolutivas.
Problema de audición (superficial).

Al finalizar la evaluación psicológica que consiste en la elaboración de la Entrevista Clínica y aplicación de la batería de pruebas se procede a la calificación e interpretación de los resultados, se establece el Diagnóstico y recomendaciones que quedarán asentados en el Informe Psicológico, el cual se incluye en el expediente electrónico (SAIH) y se agrega de forma impresa al expediente físico.

Después del diagnóstico se dan las indicaciones pertinentes para favorecer la habilitación o rehabilitación, entre las que se incluye: iniciar Terapia de lenguaje, Orientación Familiar, y de ser necesario Terapia de juego, iniciar o continuar escolaridad, realizar actividades deportivas y artísticas del gusto e interés del niño que favorezcan su desarrollo integral.

Para continuar con la Rehabilitación se elaboran actividades dirigidas a atender está en sus diferentes niveles (prevención, recuperación y readaptación) y es función del equipo médico el proporcionar los recursos para facilitar la recuperación y readaptación de los pacientes.

El equipo médico buscará promover una habilitación o rehabilitación integral en varias áreas de

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 28 de 33	

desarrollo infantil como el escolar, el cognitivo, el emocional y el social, para facilitar la readaptación no solo del paciente, sino también de su familia, quien se convierte en un promotor de la prevención, finalmente, se cambia positivamente el desarrollo de los niños atendidos en su presente y en su futuro.

c) **8. Tratamiento Psicológico**

Orientación Familiar

La Orientación Familiar es un servicio asistencial que brinda apoyo a los padres en el ejercicio de su rol parental dirigido, por un lado a la adherencia terapéutica y por otro, a su participación activa en el beneficio de la dinámica familiar, modificando en algunos casos estilos relacionales y despliegue de sus funciones parentales para lograr la habilitación o rehabilitación de su paciente dado que es un sistema intermediario entre el paciente y la sociedad.

El enfoque familiar puede aplicarse en los problemas de salud mental para lograr la comprensión global del problema, identificar los recursos de las familias y llevar a cabo alternativas diversas de apoyo psicológico en beneficio del paciente y de la familia, para cubrir uno de los puntos esenciales y finales en la rehabilitación que es la integración del paciente al ámbito familiar, escolar, emocional y social.

En el trabajo con la familia hay tres niveles de abordaje.



1. **Nivel Informativo:**

Incluye, actividades de promoción y de educación familiar con una o varias familias, sobre una gran variedad de temas entre los que se pueden mencionar el desarrollo emocional, cognitivo y social, etapas del ciclo vital, estrategias que faciliten la comunicación y relación entre los diferentes subsistemas (conyugal, parental y fraterno), las características del paciente su nivel de desarrollo psicológico, análisis y explicación del diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento, para lo que se puede usar la elaboración de carteles, folletos y pláticas informativas.

2. **Nivel Psicoeducativo:**

Los grupos Psicoeducativos se caracterizan por integrarse con un objetivo en común para lograr un cambio hacia el interior del grupo familiar, a este nivel pertenecen la Escuela para Padres y los Talleres de Padres que apoyan la Terapia de Juego, dirigidos a una población específica, por ejemplo: padres de hijos con enuresis, problemas emocionales secundarios a los problemas de lenguaje, disfemia, LPH, etc.

En este nivel se encuentra la Orientación Familiar instancia en la que se trabaja con los padres con

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 29 de 33

el objetivo de sensibilizarlos acerca del Diagnóstico de su hijo y lo que esto involucra.

La Orientación Familiar es un espacio en el que se propicia que los padres puedan expresar sus emociones e identifiquen que las provoca (generalmente la situación médica del paciente), entre los que se encuentran sentimientos de culpa, enojo, tristeza, frustración, soledad y/o abandono, entre otros. Se favorece el análisis de áreas a modificar y se les apoya en la elaboración de estrategias funcionales que promuevan el desarrollo integral del paciente y de los otros integrantes de la familia, de tal manera que la familia sea un importante medio de adhesión terapéutica, no sólo en beneficio del paciente, sino de toda la familia.

También se analizan los sistemas de crianza, medios de corrección, capacidad familiar para establecer acuerdos, capacidad familiar para enfrentar conflictos y resolver situaciones críticas (enfermedades, divorcio, muerte de algún familiar, desempleo de uno de los padres, por ejemplo), además se evalúa la funcionalidad de las estrategias de afrontamiento (entre ellos la sobreprotección). Se utilizan técnicas de orientación como la reflexión, ventilación, señalamiento, legitimación de recursos y apoyo entre otros, para favorecer la aclaración de problemas y crear recursos para el logro de metas familiares.



En caso de identificar situaciones que requieran tratamiento en otras instituciones como grados significativos de ansiedad, violencia intrafamiliar, abuso sexual, depresión, trastornos psiquiátricos, ideas y/o intentos suicidas, adicciones, entre otros, se canaliza al paciente, a los padres y/o a la familia a atención médica, psiquiátrica y psicológica a otras instancias de atención de instituciones específicas.

3. Nivel Terapéutico:

A nivel terapéutico, se puede sugerir a la familia diversos tipos de abordajes: la terapia individual a alguno de los padres, la terapia de pareja o bien la terapia familiar; ello dependiendo del tipo de familia y de las características de sus miembros.

La Terapia Familiar utiliza diversas técnicas para facilitar un cambio estructural en la dinámica familiar a través de técnicas propias del enfoque que se trabaje con la familia, entre las que se encuentran la confrontación, narrativa, resignificación del síntoma, prescripción del síntoma, formulación de hipótesis e intervenciones paradójicas.

Es importante mencionar que no todas las familias requieren de Terapia Familiar, Macías y Avilés (1981), consideran que "la intervención terapéutica, tomando a la familia como unidad de tratamiento, estaría indicada sólo después de una evaluación cuidadosa de la unidad familiar en cuanto a su funcionamiento, y al nivel de satisfacción bienestar del grupo y sus miembros, se considera que el sufrimiento de la familia y su disfuncionalidad son causas directas del síntoma de uno o más de sus miembros. Otra indicación para la intervención familiar es cuando uno de los miembros en forma individual afecta y crea tal crisis familiar en la familia que provoca disfuncionalidad y sufrimiento severo, por ejemplo un problema de enfermedad orgánica, que

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 30 de 33	

amerita la intervención sistémica para la recuperación de la funcionalidad y bienestar del núcleo familiar”.

Además las familias que requieren Terapia Familiar ya han sido identificadas en otro nivel de atención del cual se refiere, entre los que se encuentran personas con depresión mayor, pensamientos e intentos suicidas, abuso sexual, adicciones, violencia intrafamiliar, trastornos psiquiátricos con problemas en el control de impulsos, trastornos de alimentación, autoagresiones, etc.

Como sabemos, el **afecto** y **las emociones** tienen un rol central en la promoción y adquisición de nuevas habilidades en el desarrollo, en el establecimiento del vínculo emocional con los cuidadores, en la organización de la intención comunicativa tanto comportamientos sociales como de familiares, además de la adquisición de habilidades cognitivas que permitan el acceso a ideas simbólicas y de pensamiento lógico.

La Terapia de Juego es un método psicoterapéutico basado en actividades lúdicas que sirven como un medio de expresión del individuo que facilita la expresión emocional y en consecuencia la comprensión de sí mismo y de los demás; el manejo de sentimientos positivos o negativos sin temor a las represalias ayuda a atender trastornos emocionales evidenciados mediante los cambios frecuentes o abruptos del estado de ánimo, la impulsividad que en ocasiones degenera hasta la violencia verbal o física terminan siendo situaciones que escapan al control del paciente.



Por tanto, el abordaje del desarrollo infantil requiere de una integración de sus emociones a sus distintas áreas de desarrollo como son el lenguaje, la destreza motora, los aspectos cognitivos, familiares, sociales, escolares, etc., de tal manera que el proceso de crecimiento del niño se conforme del despliegue y adquisición de **habilidades funcionales** que le permitan interactuar con sus seres cercanos para comunicar afecto, necesidades, deseos, ideas, emociones y pensamientos, así como resolver problemas en la vida cotidiana.

Entender los Patrones Relacionales que existen en la interacción del niño con sus padres o cuidadores significativos, juega un rol clave para la organización y uso de instrumentos que estén al servicio de conductas comunicativas cada vez más complejas y su desarrollo ulterior.

9. Criterios de Alta.

Posterior a 6 ó 12 meses de terapia de lenguaje los pacientes son remitidos nuevamente al Servicio de Psicología por el Servicio de Patología de Lenguaje, para realizar nuevamente la valoración psicológica, antes descrita, y determinar sus avances y niveles de desarrollo presentes que junto con la evaluación del médico en Comunicación Humana y reporte de terapia justifiquen la decisión de continuar en tratamiento de lenguaje o en casos exitosos promover su alta de los diferentes servicios.

Si persistieran disfunciones mínimas en el lenguaje se solicitará continuar la estimulación del



	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 31 de 33	

lenguaje con la modalidad de “programa a casa” que es diseñado por su terapeuta del lenguaje para consolidar avances, requiriendo la asistencia mensual del paciente para las modificaciones pertinentes a dicho programa.

En cuanto al Servicio de Psicología, los resultados de la evaluación psicológica tendrán que referir no sólo el desempeño cognitivo y del lenguaje del paciente, también deberán incluir indicadores de la situación emocional y conductual del paciente que de ser necesario se brindará atención por parte del Servicio con Orientación Familiar, Terapia de Juego, Terapia Grupa y/o individual, Taller de Padres, etc.

Dada la multiplicidad de factores que afectan o influyen el desarrollo evolutivo de un niño, la evaluación y el diseño de un plan terapéutico requiere de la participación de un **equipo multidisciplinario** que trascienda el enfoque biomédico, y aporte una perspectiva holística al integrar a múltiples especialistas que coadyuven a la comprensión del perfil único de cada niño así como de aquellas personas que interactúan cotidianamente con él, tanto en el hogar como en el ambiente escolar.

Como es sabido, los **padres adquieren un rol central** en la habilitación y rehabilitación de su hijo, al ser ellos quienes mejor conocen al niño en su cotidianidad, lo que abre la posibilidad de alcanzar una adecuada adherencia terapéutica además de contar con su intervención intensiva que sirva como reforzador de los objetivos y alcances terapéuticos.

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
		Hoja: 32 de 33	

BIBLIOGRAFÍA

Azcoaga, J. A. y Cols. (1992). Los retardos del lenguaje en el niño. Ed. Paidós, Barcelona.

Bender, L. (1985). Test Gestáltico Visomotor (B.G.), uso y aplicaciones clínicas Editorial Piados, España.

Bishop D. y Leonard, L. (2001). Speech and Language Impairments in Children. Psychology Press.

Censo de Población y Vivienda 2010. Instituto Nacional de Estadística y Geografías. <http://www.censo2010.org.mx/>

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud, CIE-10. Décima Revisión, OMS.

Diane E. Papalia, Sally Wendkos Olds, Ruth Duskin Feldman (2004). *Desarrollo Humano*.

DSM-IV, (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión electrónica, MASSON S.A.

Guía Práctica Clínica (2010). Pacientes con Síndrome VeloCardioFacial/ Microdelección 22q11 (VCFS/del 22q11). Grupo interdisciplinario de atención Hospital de Pediatría Prof. Dr J.P. Garrahan. Asociación de padres VCFS/del22q11 y al INADI- Instituto Nacional contra la Discriminación, la xenofobia y el racismo. Buenos Aires, Argentina.



Hiskey, (1966). Hiskey-Nebraska Test of Learning Aptitude, HNTLA Prueba de Hiskey-Nebraska para la aptitud de aprendizaje. Manual Traducido por al Inst. Nacional de la Comunicación Humana, Departamento de Psicología (1995). México D. F.

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN LUIS GUILLERMO IBARRA IBARRA 1ª Sesión Ordinaria 2009 Fecha: 06 de marzo de 2009 Hora: 09:00 hrs. Sede: Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Koppitz, E. M. (1993). El dibujo de la figura humana en los niños. Evaluación psicológica. Ed. Guadalupe, Buenos Aires.

Macías y Avilés (1981), El grupo familiar, su historia, desarrollo, su dinámica. Memorias del Primer Simposium IFAC. México, D. F.

Dunn, L. M.; Padilla E. R.; Lugo, D. E.; Dunn, L. M. (1986). Manual del Examinador para el

	MANUAL DE GUÍAS CLÍNICAS Versión ISO 9001:2015		Código: MG-DRI-09
	DIRECCIÓN MÉDICA		Fecha: DIC 20
	JEFATURA DE DIVISIÓN DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		Rev. 03
			Hoja: 33 de 33

Test de Vocabulario en Imágenes Peabody, Adaptación Hispanoamericana. American Guidance Service. Minnesota, EE.UU.

Narbona, J. (1997). El lenguaje del Niño. Desarrollo Normal Evaluación y Trastornos, Primera Edición ed. Masson, Barcelona España.

Papazian, O., Alfonso, I., Luzondo, R.J. (2006). Trastornos de las funciones ejecutivas. REV NEUROL; 42 (Supl 3): S45-S50

Programa nacional para el desarrollo de las personas con discapacidad (PRONADDIS)
<http://www.conadis.salud.gob.mx/interior/programas/pronaddis1.html>

Programa de acción específico para la atención integral a la salud de las personas con discapacidad, 2007-2012 (PROSALDIS)
http://conadis.salud.gob.mx/interior/programas/atencion_integral1.html

Rapin, I y Allen, D. A. (1983). The Developmental language disorders: Nosologic considerations. Neuropsychology of language, reading and spelling. Academic Press, Nueva York.

Revista de la Universidad Católica. Número monográfico, Psicología año VII-No. 24
 Noviembre (1979). Centro de Publicaciones Pontificia Universidad Católica del Ecuador pp. 25.

Wechsler, D. (2004). Escala de inteligencia para los Niveles Preescolar y Primario WPPSI-Español, Ed. Manual Moderno S. A. de C. V.; México D. F.

Wechsler, D. (2004). Escala de inteligencia revisada para el Nivel Escolar WISC-R, Ed. Manual Moderno S. A. de C. V.; México D. F.

11. Control de cambios

Revisión	Descripción del cambio	Fecha
01	Actualización de Contenido, actualización de la imagen institucional, actualización del nombre del instituto	JUN 15
02	Transición del SGC de la Norma ISO 9001:2008 a la Norma ISO 9001:2015	MAY 18
03	Actualización de Imagen Institucional	DIC 20