

Migración diagnóstica entre Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno del Espectro Autista: Estudio exploratorio del impacto en los Centros de Atención Infantil Temprana

Julia Vacas, Adoración Antolí, Araceli Sánchez-Raya, Carolina Pérez-Dueñas y Fátima Cuadrado¹

Recibido 18 de junio de 2020. Primera revisión 9 de septiembre de 2020. Aceptado 11 de enero de 2021.

Resumen. Trastorno específico del lenguaje (TEL) y trastorno del espectro autista (TEA) son trastornos del neurodesarrollo muy similares a edades tempranas, lo que dificulta el diagnóstico diferencial temprano. El fenómeno ‘migración diagnóstica’ alude al cambio diagnóstico por evolución del trastorno o modificación de criterios diagnósticos, instrumentos o técnicas de evaluación. El objetivo de este estudio fue analizar la incidencia y el impacto del fenómeno en los centros de atención infantil temprana (CAITs) de la provincia de Córdoba. A través de un cuestionario en formato online habilitado desde marzo a mayo de 2020, los responsables de los CAITs proporcionaron datos cuantitativos sobre este fenómeno y su valoración del impacto en la intervención, el pronóstico y las familias de población infantil de 0 a 6 años. Diez CAITs con financiación pública respondieron al cuestionario. Los resultados arrojaron una alta incidencia del fenómeno migración diagnóstica, principalmente desde TEA hacia TEL. También se observó una diferencia significativa en el número de casos diagnosticados en ambos trastornos, siendo TEA el diagnóstico mayoritario. El impacto de este fenómeno sobre el pronóstico del niño y la familia se estimó positivo, ya que generalmente suponía una evolución hacia un trastorno más leve. Estos resultados ofrecen una aproximación hacia un tema de importancia y escasa investigación hasta la fecha. Continuar esta línea de investigación ampliando la muestra de centros, la información sociodemográfica de los mismos e incluyendo la perspectiva de las familias mejoraría el conocimiento de estos trastornos y favorecería la práctica clínica en el ámbito de la atención temprana.

Palabras clave: Trastorno Específico del Lenguaje; Trastorno del Espectro Autista; migración diagnóstica; atención temprana.

[en] Diagnostic migration between Specific Language Impairment and Autism Spectrum Disorder: An exploratory study on the impact on Early Intervention Centres

Abstract. Specific language impairment (SLI) and autism spectrum disorder (ASD) are very similar neurodevelopmental disorders mainly at early ages, which hampers early differential diagnosis. Diagnostic migration involves the shift of diagnosis either because of the development of the disorder or because of changes in diagnostic criteria or assessment tools. The aim of this study was to analyse the incidence and impact of this phenomenon in the centres of early intervention (CEIs) in Córdoba. Through an online survey available from March to May 2020, the CEIs managers provided quantitative data on the phenomenon as well as their appraisal of its impact on the intervention, prognosis, and family of children from 0 to 6 years. Ten public CEIs filled the survey. Results yielded a high incidence of diagnostic migration, this phenomenon occurred mainly from ASD to SLI. A significant disproportion of ASD and SLI diagnoses was also highlighted, being ASD the major one. The impact of diagnostic migration on child prognosis and family was deemed positive as it occurred mainly from a severe disorder to a more moderate one. Results from this study provide an initial approach to a relevant and unknown phenomenon. This line of research by increasing the sample deepening on socio-demographic information and including families perspective may improve our knowledge of SLI and ASD, as well as support clinical practice in early intervention.

Keywords: Specific Language Impairment; Developmental Language Disorder; Autism Spectrum Disorder; diagnostic migration; early childhood intervention.

Sumario. Introducción. Método. Participantes. Instrumentos. Diseño y procedimiento. Resultados. Discusión. Conclusiones. Bibliografía

Cómo citar: Vacas, J., Antolí, A., Sánchez-Raya, A., Pérez-Dueñas, C., y Cuadrado, F. (2021). Migración diagnóstica entre Trastorno Específico del Lenguaje y Trastorno del Espectro Autista: Estudio exploratorio del impacto en los Centros de Atención Infantil Temprana. *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(Núm. Especial), 77-88. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.70221>

¹ Universidad de Córdoba; Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC); Centro de Atención Infantil Temprana (CAIT-UCO); y Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba
172varuj@uco.es

Introducción

El Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) es una alteración de inicio temprano en la adquisición y el uso del lenguaje, en la que las habilidades lingüísticas del niño están significativamente por debajo de su edad cronológica y van acompañadas de un impacto considerable en su funcionamiento diario. Dicha alteración no puede deberse a factores como discapacidad intelectual, trastorno generalizado del desarrollo, trastornos auditivos o sensoriales, ni a cualquier otra condición médica o diagnóstica, ya que estas condiciones son criterios de exclusión del diagnóstico TEL (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014; Leonard, 2014; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2001). En los últimos años se ha promovido una flexibilización en los criterios diagnósticos del TEL, ya que la investigación respalda que la presencia de un CI no verbal bajo o medio no conlleva diferencias significativas en el perfil clínico de estos niños, por lo que el tradicional uso del CI no verbal como criterio de inclusión/exclusión pierde validez teórica (Bishop et al., 2016, 2017; Castro-Rebodello et al., 2004; Martos & Ayuda, 2004; McGregor et al., 2020; Norbury et al., 2016; Paul, 2020; Reilly et al., 2014). Así, el TEL se ha reconceptualizado como un trastorno más amplio, que no incluye limitaciones diagnósticas como CI no verbal y que pierde el carácter de específico, ya que se asume que la afectación del lenguaje puede aparecer sola o ir asociada a otra condición biomédica (Bishop et al., 2016, 2017). Esta nueva perspectiva ha conducido, por un lado, a un cambio terminológico (principalmente en el ámbito anglosajón) que aboga por emplear el término trastorno del desarrollo del lenguaje, y por otro, a la eliminación del criterio de exclusión del nivel normativo de habilidad no verbal para diagnosticar TEL en el DSM-5 (APA, 2014). La prevalencia actual del TEL se estima en torno al 7 % de la población en edad escolar (APA, 2014; Leonard, 2014; Norbury et al., 2016; Tomblin et al., 1997). En España no existen amplios estudios de prevalencia de TEL por lo que se asumen habitualmente las cifras internacionales (Carballo, 2012).

Uno de los trastornos más similares al TEL en edades tempranas es el Trastorno del Espectro Autista (TEA), caracterizado por dificultades persistentes en la comunicación e interacción social y un repertorio restringido y repetitivo de actividades e intereses (APA, 2014; Autism Europe [AE], 2015; Charman & Baird, 2002; OMS, 2001). Al contrario de lo que ocurre en TEL, existen numerosos estudios de prevalencia en población con TEA, estimándose una proporción del 1 % a nivel global (AE, 2015; Málaga et al., 2019; Özerk, 2017).

Tanto niños con sospecha de TEL como de TEA presentan dificultades comunicativas. Tradicionalmente, se ha considerado que en el TEL estas se encuentran en las áreas fonológica, gramatical y semántica, mientras que los principales déficits en TEA se circunscriben al nivel pragmático. Sin embargo, estos criterios han sido rebatidos por la investigación más actual que ha encontrado dificultades similares en ambos perfiles (Bishop, 2000; Durrleman & Delage, 2016; Modyanova et al., 2017; Ramírez-Santana et al., 2019; Wittke et al., 2017), demostrando así que la variabilidad del espectro autista y del propio TEL implica perfiles lingüísticos muy heterogéneos que en un porcentaje significativo de casos conduce a confusión entre ambos trastornos, lo cual dificulta el diagnóstico diferencial temprano (Durrleman & Delage, 2016; Kjelgaard & Tager-Flusberg, 2001; Taylor & Whitehouse, 2016; Williams et al., 2008). La posible etiología común de ambos trastornos ha sido objeto de gran debate. Existe una corriente que defiende que se trata de dos condiciones considerablemente diferenciadas con ciertas similitudes superficiales (Schaeffer, 2018; Taylor et al., 2014; Taylor et al., 2012; Williams et al., 2008), mientras que una posición alternativa afirma que dentro de un continuum entre ambas condiciones puede haber casos en los que coexistan rasgos de ambos trastornos (Bishop, 2000; Bishop & Norbury, 2002; Conti-Ramsden et al., 2006; Leyfer et al., 2008; Tomblin, 2011). Esta segunda posición, explicaría el porcentaje significativo de casos en los que se dibujan perfiles intermedios, que son los que presentan más dificultades tanto en evaluación, como en diagnóstico e intervención (Bishop, 2000; Bishop & Norbury, 2002; Martos & Ayuda, 2004).

Actualmente, se han alcanzado técnicas de detección temprana que pueden arrojar los primeros resultados de sospecha de TEL o TEA entre los dos y tres años (Charman, 2010; Charman & Baird, 2002; Martos & Ayuda, 2004; Morales-Hidalgo et al., 2018; Torras-Mañá et al., 2016). En edades tan tempranas, se habla de sospecha debido a que la estabilidad del diagnóstico es menor (Charman & Baird, 2002; Eadie et al., 2014) y está condicionada por las distintas trayectorias que puede seguir el curso del trastorno (Bishop & Norbury, 2002; Charman, 2010; Williams et al., 2008). Factores como la severidad del trastorno (Goodwin et al., 2017; Martos & Ayuda, 2004; Zablotsky et al., 2017) o determinadas características sociodemográficas (Mandell et al., 2005) favorecen el diagnóstico temprano, ya que permiten detectar anomalías del desarrollo con mayor antelación. Los primeros diagnósticos de sospecha son de gran utilidad, ya que conducen al inicio temprano de la intervención, lo cual se relaciona con un mejor pronóstico de la evolución (Bennett et al., 2014; Bishop, 2000; Charman & Baird, 2002; Eadie et al., 2014; Mandell et al., 2005; Martos & Ayuda, 2004; Nicholas et al., 2009; Özerk, 2017; Reilly et al., 2014; Zablotsky et al., 2017). Sin embargo, en estas primeras etapas la estabilidad del diagnóstico es menor, siendo posible que este evolucione hacia perfiles distintos (Charman & Baird, 2002). Variables como la edad del diagnóstico (Conti-Ramsden et al., 2006; Williams et al., 2008), la severidad de los síntomas (Eadie et

al., 2014) o los juicios clínicos basados en el uso de distintas fuentes de información (Charman & Baird, 2002) repercuten en la estabilidad del diagnóstico conduciendo, en ocasiones, a un fenómeno conocido como migración diagnóstica.

El término ‘migración diagnóstica’ surgió para referirse al cambio de diagnóstico en algunos individuos que en el momento del diagnóstico inicial son incluidos en una categoría diagnóstica, pero con el paso del tiempo cumplen los criterios de otra, ya sea por cambios en los criterios de clasificación, los métodos y procedimientos de evaluación, o por las características individuales del sujeto y del trastorno (Cardinal & Griffiths, 2016; Özerk, 2017). Otros autores se refieren al mismo fenómeno como ‘sustitución diagnóstica’ (King & Bearman, 2009). Este fenómeno se ha atribuido mayoritariamente a la modificación de criterios de los principales manuales de clasificación (Bishop et al., 2008; Coo et al., 2008; Howlin, 2008; King & Bearman, 2009; Newschaffer, 2006; Shattuck, 2006) y ha sido ampliamente estudiado para entender las causas del reciente aumento de prevalencia en el diagnóstico de TEA, ya que podría explicar un alto porcentaje del auge de casos de autismo en las últimas décadas (Cardinal & Griffiths, 2016; Coo et al., 2008; Howlin, 2008; King & Bearman, 2009; Newschaffer, 2006; Özerk, 2017; Shattuck, 2006). Asimismo, este concepto justificaría que un elevado número de individuos originalmente diagnosticados con TEL en sus diferentes subtipos pudieran ser incluidos en la categoría TEA en la adultez según los criterios diagnósticos actuales (Bishop et al., 2008).

El concepto de migración diagnóstica es reciente y los estudios publicados hasta la fecha se han centrado en evaluar su incidencia, olvidando prestar atención a las consecuencias clínicas y emocionales que puedan ir asociadas a él. Dado que la investigación y la práctica clínica coinciden en señalar que el diagnóstico temprano es fundamental para el inicio y la orientación de la intervención, el despliegue adecuado de recursos y, en última instancia, la mejora del pronóstico del niño (Bennett et al., 2014; Bishop, 2000; Charman & Baird, 2002; Eadie et al., 2014; Mandell et al., 2005; Martos & Ayuda, 2004; Nicholas et al., 2009; Özerk, 2017; Reilly et al., 2014; Zablotsky et al., 2017), se podría suponer que la migración diagnóstica implicaría la inespecificidad de la intervención y la pérdida de un tiempo muy valioso, con las consiguientes repercusiones en el pronóstico del niño.

Por otra parte, también se podría asumir que este fenómeno tiene un importante coste emocional para las familias, ya que la aceptación y el afrontamiento del diagnóstico en edades tempranas son cuestiones muy delicadas para ellas (Charman & Baird, 2002). Karst y Vaughan van Hecke (2012) destacan que tras un periodo de incertidumbre que comienza con las primeras sospechas de trastorno por parte de la familia, esta experimenta una sensación de alivio al recibir el diagnóstico, ya que empieza a comprender y dar sentido a las dificultades del niño. Igualmente, Charman (2010) señala que los falsos positivos suponen un mayor coste para los servicios, mientras que en los falsos negativos el coste incide sobre la familia y el niño. Esta afirmación junto a la reciente incorporación y expansión del modelo centrado en la familia en el ámbito de la atención temprana (AT; Escorcia-Mora et al., 2018; Fernández Valero et al., 2020; McWilliam, 2016; Serrano et al., 2017), contrastan con la falta de atención a este efecto.

En el presente trabajo se pretende analizar la incidencia y la repercusión del fenómeno migración diagnóstica en AT. La AT se define como el conjunto de acciones enfocadas a atender las necesidades puntuales o permanentes de niños de cero a seis años con trastornos del desarrollo o riesgo de padecerlos, abarcando la intervención sobre el niño, la familia y el entorno (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana [GAT], 2000). Desde sus orígenes y expansión en los años 60 y 70, la AT ha evolucionado al ritmo en que lo han hecho las investigaciones sobre el desarrollo. Así, en las últimas décadas ha adoptado un enfoque neuroconstructivista que, entre otros supuestos, invita a ir más allá de la conducta observable ahondando en los diferentes mecanismos cognitivos que pueden esconderse tras un mismo comportamiento, subrayando el papel activo del niño, así como la importancia de sus interacciones con el entorno para el aprendizaje y el desarrollo individual (Campos, 2018; Tolchinski, 2018). Igualmente, en los últimos años ha crecido exponencialmente el interés de la investigación por la AT (Dunst, 2018b), contribuyendo así al auge en la implantación de prácticas basadas en la evidencia (PBE) a nivel internacional. Entre estas PBE destacan, por su relevancia para la temática del estudio, aquellas centradas en la evaluación comprensiva que considera al niño en su globalidad, centrándose en las fortalezas del pequeño en lugar de en sus dificultades, haciendo partícipe a la familia desde el momento de la evaluación inicial, atendiendo a sus necesidades e inquietudes, y devolviendo juicios clínicos de una manera comprensible y empática (Dunst, 2018a; Division for Early Childhood [DEC], 2014; Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, 2008). En España los principales cambios que se están incorporando en AT para incluir PBE hacen referencia al modelo centrado en la familia, que invita a enfocar las intervenciones en las prioridades e inquietudes de la familia, aprovechando sus intereses y fortalezas y proveyéndoles de apoyos y recursos para que sean agentes activos en todo el proceso (Serrano et al., 2017). Igualmente, existen diferentes agentes sociales involucrados en la AT, siendo los Centros de Atención Infantil Temprana (CAITs) los encargados de la intervención más directa con los niños y sus familias. Por tanto, los objetivos de este estudio son (1) cuantificar el fenómeno migración diagnóstica entre TEL y TEA en AT y (2) evaluar su impacto en los CAITs de la provincia de Córdoba.

Basándonos en la literatura consultada, la hipótesis de partida es que se encontrará un porcentaje significativo de migración diagnóstica entre TEL y TEA en AT (H1). Igualmente, considerando las similitudes entre TEL y TEA en el desarrollo temprano, el aumento exponencial del diagnóstico de TEA y la relativa inestabilidad del diagnóstico temprano, se estima que este fenómeno se dará principalmente en diagnósticos TEA que evolucionen a TEL, mientras que a la inversa será poco frecuente (H2). De no hallar incidencia de este fenómeno, se respaldaría la idea de que las variaciones diagnósticas son marginales y se deben eminentemente a la evolución propia del desarrollo del individuo, restando validez empírica al fenómeno en cuestión. Respecto a la repercusión a nivel clínico, de pronóstico y familiar, se espera encontrar un impacto negativo significativo en los tres niveles según la percepción de los profesionales de AT (H3), ya que la investigación ha correlacionado el diagnóstico temprano y el inicio de la intervención con la mejora del pronóstico y ha resaltado el impacto del diagnóstico sobre la vida familiar.

Método

Esta investigación cuenta con la correspondiente aprobación por parte del Comité de Ética de la Investigación de Córdoba con fecha seis de marzo de 2019, confirmando así que cumple con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964, en la Asociación Médica Mundial, en el Convenio del Consejo de Europa de 1996, relativo a los derechos humanos y a la biomedicina, así como en el Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, sobre protección de datos.

Participantes

En España la regulación de la AT depende de las comunidades autónomas, siendo el Decreto 85/2016, de 26 de abril por el que se rige su organización y funcionamiento en Andalucía. Según este decreto, el pediatra de atención primaria es quien inicia el protocolo de derivación del caso a las Unidades de Atención Infantil Temprana (UAITs) ante una sospecha de trastorno del desarrollo. Este decreto también contempla que sea el Equipo Provincial de Atención Infantil Temprana quien derive directamente el caso a la UAIT cuando la detección del posible trastorno tiene lugar en el segundo ciclo de educación infantil. Las UAITs evalúan el caso, realizan un diagnóstico funcional de las necesidades del niño, la familia y el entorno y estipulan si existe necesidad de recibir intervención temprana en CAIT. Igualmente, el decreto establece que en la comunidad autónoma de Andalucía el diagnóstico se rige por la Organización Diagnóstica de Atención Temprana (ODAT; GAT, 2004), si bien todos los diagnósticos de AT son corroborados y emitidos por la Unidad de Salud Mental Infantojuvenil del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, que basa sus juicios clínicos en los criterios CIE-11 y DSM-5.

La provincia de Córdoba cuenta con 23 CAITs de financiación pública. Todos ellos fueron invitados a participar de manera voluntaria en el estudio. Diez centros enviaron sus respuestas (tres de la capital y seis de los municipios) proporcionando información de un total de 282 casos (16 TEL y 266 TEA).

Instrumentos

Para obtener los datos de interés se utilizó un instrumento de evaluación *ad hoc* de elaboración propia, configurado específicamente para el propósito de este estudio, redactado por un panel de expertos en el ámbito académico, investigación y AT, y distribuido a través de la plataforma Google formulario (Anexo 1). El primer borrador del cuestionario fue enviado a expertos de igual perfil para que dieran su opinión. Cada experto recibió un documento que contenía una explicación de cómo se había construido y contestó a nuestra solicitud con sus propios comentarios y sugerencias. Las observaciones de los revisores contribuyeron a detectar posibles carencias y omisiones de alguna faceta relevante. Así, el cuestionario final consta de 13 preguntas. Dos de ellas abiertas para identificar el centro y permitir comentarios o sugerencias respecto a las cuestiones planteadas (preguntas 1 y 6). Dos preguntas de opción múltiple relativas a la incidencia del fenómeno migración diagnóstica y la valoración de los profesionales de las dificultades del diagnóstico diferencial temprano en TEL y TEA (preguntas 2 y 3, la primera dicotómica y la segunda con escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 corresponde a “Nada difícil” y 5 a “Muy difícil”). Una pregunta abierta con seis subapartados en los que se solicitan datos cuantitativos de los últimos cinco años (2015-2020) en relación a: a) número de diagnósticos iniciales de TEA y TEL (preguntas 4.1 y 4.4); b) número de casos que inicialmente fueron diagnosticados de TEA y evolucionaron a TEL y a la inversa (preguntas 4.2 y 4.5); c) número de casos que inicialmente fueron diagnosticados de TEA y TEL pero evolucionaron a otro trastorno indicando a qué trastorno o trastornos evolucionaron (preguntas 4.3 y 4.6). Finalmente, se incluye una pregunta de opción múltiple (escala tipo Likert de 5 puntos donde 1 corresponde a “Muy negativo” y 5 a “Muy positivo”) con tres

subapartados en los que se aborda la valoración de los profesionales sobre el impacto del cambio de diagnóstico en el proceso de intervención, el pronóstico del niño y la familia (preguntas 5.1, 5.2 y 5.3 correlativamente).

Así, las preguntas 2 a la 4 (con sus correspondientes subapartados) tratan de dar respuesta al objetivo 1, mientras que la pregunta 5 (con sus correspondientes subapartados) aborda el objetivo 2, sirviendo las preguntas 1 y 6 de control.

Diseño y procedimiento

La investigación realizada es un estudio descriptivo de poblaciones mediante encuesta probabilística (Montero & León, 2007). El procedimiento se llevó a cabo íntegramente de manera telemática. En un primer momento, se contactó con todos los CAITs públicos de la provincia de Córdoba para informar del propósito del estudio y solicitar su participación voluntaria, adjuntando el enlace al cuestionario en formato online. Los cuestionarios fueron cumplimentados por diferentes profesionales, todos ellos con más de cinco años de experiencia en el ámbito de la AT. La recogida de datos se llevó a cabo de manera colaborativa, contando con la participación del conjunto de profesionales de cada centro y la supervisión de la dirección del mismo (principalmente la información relativa a los ítems 5.1-5.3 se llevó a cabo de manera consensuada partiendo de la experiencia y la percepción de los diferentes profesionales). Al cabo de unas semanas, se envió un recordatorio del estudio a aquellos centros que no habían emitido respuesta. Finalmente, tras un periodo de espera de tres meses (marzo-mayo de 2020) para la recepción de respuestas, estas se recopilieron y se procedió al análisis de datos con el paquete estadístico *Statistical Package for the Social Sciences*, en su versión 21 (SPSS 21, IBM, 2012). Dada la naturaleza eminentemente descriptiva del estudio, se han realizado análisis de frecuencias y porcentajes para dar respuesta a las hipótesis de una manera visual y comprensiva.

Resultados

De los diez profesionales de AT que respondieron al cuestionario se deriva que su percepción sobre la incidencia del fenómeno migración diagnóstica en sus centros (pregunta 2, dicotómica) es desigual, ya que un 40 % indicó que sí considera que el fenómeno ocurre en sus centros, mientras que un 60 % señaló lo contrario. Por otro lado, un 60 % de los profesionales reconoció la dificultad de diferenciar entre ambos trastornos a edades tempranas (pregunta 3, escala tipo Likert de 5 puntos), un 20 % estimó que la dificultad era media, un 10 % indicó que la tarea resultaba muy difícil y otro 10 % señaló que no era difícil; en ningún caso se señaló la opción “nada difícil” en esta pregunta.

Los datos cuantitativos sobre migración diagnóstica (pregunta 4 con sus correspondientes apartados) aparecen reflejados en la Tabla 1 y la Figura 1. Se puede observar que existe una gran diferencia entre el número de diagnósticos iniciales de TEL y TEA, encontrándose una considerable mayoría de casos de TEA respecto al menor número de casos de TEL. Este dato se corrobora al comprobar que el 100 % de los centros participantes reportaron casos de TEA, mientras que solo el 50 % de ellos reportó algún caso de TEL. Igualmente, se observa que un elevado porcentaje de casos de TEA finalizan la etapa de AT con un cambio de diagnóstico (56.77 %), en su mayoría hacia TEL (33.83 %) pero también hacia otros trastornos como el retraso simple del lenguaje o el retraso evolutivo. Por otro lado, a pesar del menor número de casos de TEL también se observa un porcentaje significativo de migración diagnóstica (25 %) hacia TEA o hacia otros trastornos, en este caso retraso simple del lenguaje.

Tabla 1. Análisis de frecuencias de los casos de migración diagnóstica

	<i>f</i>	%
Casos TEA	266	100
Migración TEA-TEL	90	33.83
Migración TEA-Otro trastorno	61	22.93
Total migración TEA	151	56.77
Casos TEL	16	100
Migración TEL-TEA	2	12.5
Migración TEL-Otro trastorno	2	12.5
Total migración TEL	4	25

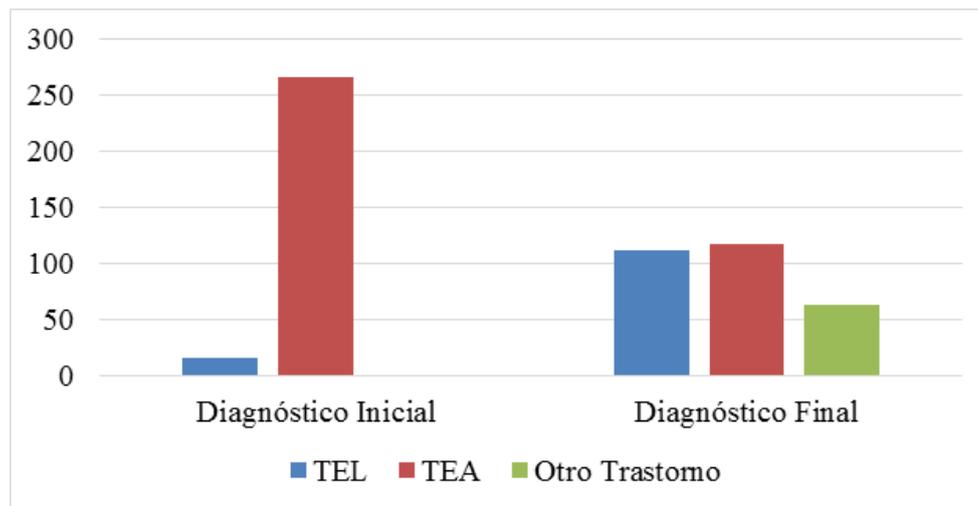


Figura 1. Evolución del diagnóstico desde la evaluación inicial hasta el final de la etapa de AT.

Finalmente, los resultados de la valoración de los profesionales del impacto del fenómeno en el proceso de intervención, el pronóstico del niño y la familia (pregunta 5 con subapartados, escala tipo Likert de 5 puntos) se muestran en la Figura 2. Así, se observa que las opiniones de los profesionales respecto a la repercusión del fenómeno en el proceso de intervención son más heterogéneas, valorándose mayormente como inocua. Respecto al efecto sobre el pronóstico y la familia parece haber un mayor consenso en que el cambio de diagnóstico afecta positiva y muy positivamente a estos ámbitos, lo cual se discute con más detalle en el siguiente apartado.

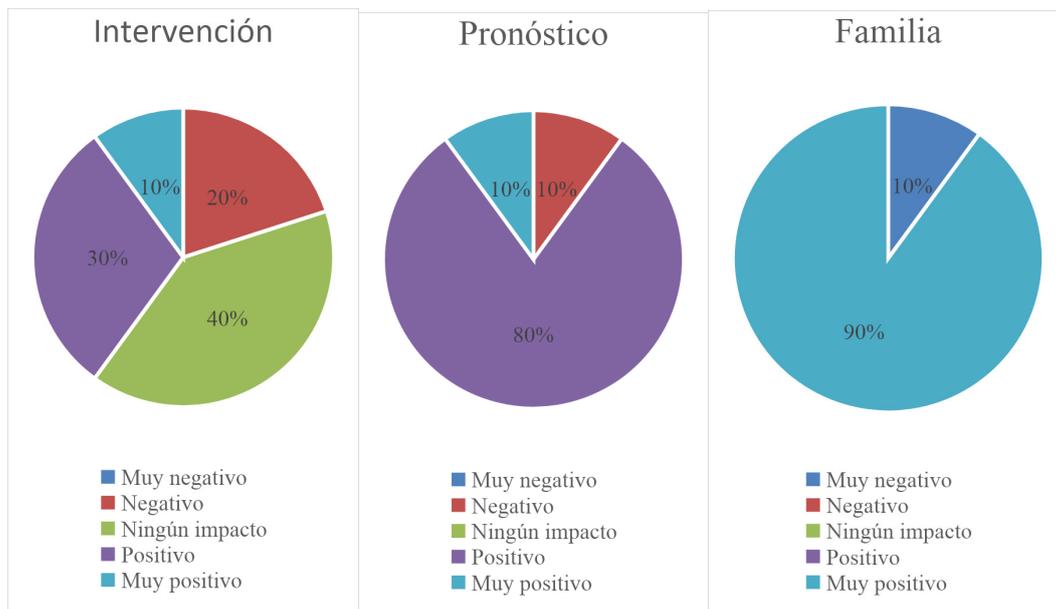


Figura 2. Impacto del fenómeno migración diagnóstica en el proceso de intervención, el pronóstico del niño y la familia

Discusión

Los objetivos de este estudio se centraban en analizar el fenómeno migración diagnóstica en los CAITs de la provincia de Córdoba a partir de la cuantificación y evaluación de su impacto. Así, hemos constatado que el fenómeno tiene una alta incidencia en la provincia de Córdoba, a pesar de la percepción inicial de los profesionales. En ese sentido, resulta llamativo que en un principio se indicara mayoritariamente que el fenómeno no tenía lugar en los centros, mientras que los datos cuantitativos respaldan una alta incidencia de migración diagnóstica, lo cual refleja el desconocimiento que existe del fenómeno, cuya investigación es relativamente escasa hasta la fecha. Por otro lado, en la segunda pregunta los profesionales asignaban una elevada dificultad a la distinción entre TEA y TEL en AT, lo cual refuerza la necesidad de seguir investigando en metodologías,

técnicas e instrumentos que contribuyan al diagnóstico diferencial temprano, así como favorecer la accesibilidad del conocimiento científico para que llegue a los profesionales, promoviendo asimismo la incorporación de PBE en los CAITs.

Igualmente, se ha observado que existe un porcentaje significativo de casos que migran de un diagnóstico a otro y que esta migración tiene lugar mayoritariamente desde TEA hacia TEL, corroborando así las H1 y H2. Sin embargo, este fenómeno no solo ocurre en TEA, donde el número de casos es elevado, sino también en TEL, a pesar de que las cifras son considerablemente menores. Algunos autores señalan que a edades tempranas se observa un mayor solapamiento de fenotipos en los patrones lingüístico y comportamental de ambas condiciones, pero con el tiempo estos evolucionan de manera que en edad escolar las diferencias entre ellos son más pronunciadas (Weismer, 2013; Williams et al., 2008). Esta evolución propia del trastorno podría explicar la alta incidencia del fenómeno migración diagnóstica, ya que a medida que el niño va creciendo se va concretando su perfil y se clarifica el diagnóstico. Por otro lado, el hecho de que más de un 50 % de los diagnósticos iniciales de TEA finalicen la etapa de AT con otro diagnóstico podría estar relacionado con el aumento exponencial en la prevalencia de este trastorno en los últimos años. La investigación señala como posibles causas de este incremento la ampliación de los criterios diagnósticos (conceptualización del TEA como un espectro de amplia variabilidad tanto en habilidades como en dificultades, en lugar de una categoría cerrada), perfeccionamiento de los servicios diagnósticos, protocolos y técnicas de evaluación e intervención, nuevos métodos de estudio que han llevado a un mayor conocimiento del trastorno, mayor conciencia social del trastorno (mayor nivel de información sobre autismo tanto en familias como en profesionales médicos, educativos y agentes sociales), sin descartar la posibilidad de cierto incremento real de la prevalencia (Baird et al., 2006; Hammad et al., 2019; Howlin, 2008; Málaga et al., 2019; Özerk, 2017; Pérez-Crespo et al., 2019). Estas razones, si bien han contribuido a la mejora del diagnóstico precoz, también podrían haber conducido a un elevado número de falsos positivos, es decir, niños que en un primer momento presentaban sospecha de TEA, pero cuya trayectoria evolutiva unida a la eficacia de las intervenciones de inicio temprano ha derivado en un perfil distinto. En futuras investigaciones se debería explorar esta hipótesis a la vista de los datos tan significativos sobre migración diagnóstica en TEA.

Respecto a la repercusión del fenómeno a nivel clínico y familiar, nuestra H3 no se ha confirmado ya que, en general, la valoración de los profesionales del impacto del fenómeno sobre el pronóstico del niño y sobre la familia ha sido positiva o muy positiva. Este dato podría explicarse por el hecho de que las migraciones diagnósticas reportadas han sido mayoritariamente desde un trastorno más global y con mayor estigma social (TEA, trastorno global con importantes dificultades a nivel socioemocional) a uno específico y menos estigmatizado (TEL, trastorno específico con menor afectación social). Esto incidiría en el pronóstico del niño (estimándose una mejor evolución) y en la capacidad de afrontamiento de la familia. Recientes estudios tanto en familias de niños con TEA (Crane et al., 2016) como familias de niños con TEL (Ash et al., 2020) han reportado elevados índices de estrés e insatisfacción entre las familias durante el proceso diagnóstico debido, entre otras variables, a la falta de información, la imprecisión terminológica, la vía de comunicación familia-profesional o el apoyo tras el diagnóstico. Así, resulta inevitable aludir al modelo centrado en las familias que aspira a incluirlas en el proceso de AT desde los primeros contactos, asumiendo por parte del profesional un estilo de comunicación comprensible y comprensivo para ellas (DEC, 2014; Escorcía-Mora et al., 2018; Fernández Valero et al., 2020; McWilliam, 2016; Serrano et al., 2017). La aplicación de este modelo ha sido relacionada con una mejora notable en la satisfacción de las familias con el proceso y la evolución del pronóstico del niño (DEC, 2014). Por otro lado, los efectos del fenómeno sobre la intervención se perfilan más heterogéneos, ya que las valoraciones oscilaban desde 'negativo' hasta 'muy positivo', con un mayor porcentaje de respuestas de 'ningún impacto'. Esto puede deberse a que las intervenciones actuales tienen un carácter individualizado y funcional, es decir, no dependen tanto de la categoría diagnóstica en la que se ubica al niño como de sus características individuales y necesidades de apoyo, por lo que el cambio de diagnóstico no tendría el mismo impacto que en los demás componentes. Este supuesto se alinea con las PBE que resaltan la importancia de desarrollar intervenciones dinámicas centradas en las necesidades, preferencias, habilidades y valores culturales del niño y la familia, tratando de insertarse en la rutina diaria para aprovechar todas las oportunidades de aprendizaje que proporciona el contexto (Dunst, 2018a; Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, 2008).

En la pregunta 6 en la que se animaba a los profesionales a expresar sus comentarios o preocupaciones respecto al objeto del estudio se recopilaron comentarios que nos parece interesante reportar. Así, se indicó que los trastornos del neurodesarrollo deben considerarse como dimensiones, lo que implica que debe contemplarse cierta flexibilidad y que deben servir como orientación para profesionales y familias, no como categorías cerradas. También se manifestó que el TEL es un diagnóstico difícil de detectar a edades tempranas por lo que los niños a menudo llegan a los CAITs con sospecha de TEA y conforme avanzan la evaluación y la intervención se van concretando sus perfiles. Esta afirmación va en línea con los datos de este estudio que encuentran un elevado número de diagnósticos iniciales de TEA que se ven modificados al final de la etapa de AT. Por último, se señaló que el impacto de la migración diagnóstica sobre las intervenciones es menor debido a la funcionalidad e individualización de estas, lo que las hace menos vulnerables a variaciones diagnósticas.

Estos comentarios refuerzan los datos discutidos en este apartado y avalados por la investigación, constatando así la dificultad del diagnóstico diferencial temprano, y la importancia de diagnósticos e intervenciones flexibles e individualizados (Bishop & Norbury, 2002; Castro-Rebodello et al., 2004; Conti-Ramsden et al., 2006; Leyfer et al., 2008; Weismer, 2013). Asimismo, es interesante señalar que estos comentarios respaldan el actual modelo neuroconstructivista que predomina en AT, según el cual las dificultades se abordan de manera funcional, trabajando en dimensiones interdependientes, respetando el proceso de especialización progresiva de los diferentes dominios a partir de la experiencia y la interacción con el ambiente, y profundizando en los mecanismos subyacentes a las conductas observables (Campos, 2018; Tolchinski, 2018). De este modo, se cuestiona la obsoleta visión mecanicista de la psicología centrada en el déficit que durante muchos años ha invadido el ámbito de AT influyendo así en las prácticas aplicadas.

Finalmente, es importante señalar como limitaciones del estudio la representatividad de la muestra, cercana al 50 % de los centros de la provincia de Córdoba. Igualmente, la decisión de no solicitar información más exhaustiva sobre niños y centros, evitando incumplir la legislación en materia de protección de datos y aligerando el proceso de cumplimentación del cuestionario, ha impedido una mayor definición de la muestra del estudio y la extracción de conclusiones más precisas sobre el fenómeno migración diagnóstica relacionándolo con otras variables sociodemográficas. Por último, el instrumento de evaluación utilizado para la obtención de datos ha sido un cuestionario creado *ad hoc* para cuantificar los aspectos específicos que son objeto de este estudio y no ha sido sometido por el momento a un proceso de validación formal de sus propiedades psicométricas. Si bien este instrumento fue elaborado por un panel de expertos que consensuó la definición del constructo migración diagnóstica, el tipo de preguntas a incluir y la redacción de las mismas, y revisado por otro grupo de expertos de perfil similar para abarcar los aspectos más relevantes del fenómeno teniendo en cuenta la realidad de los CAITs. Las citadas limitaciones inducen la necesidad de ser precavidos a la hora de interpretar y generalizar los resultados. Si bien en un principio este estudio fue diseñado como un trabajo exploratorio; consideramos que los datos que se desprenden de él abren una nueva línea de investigación en el campo de la AT, y justifican la continuidad de su estudio ampliando el tamaño de la muestra y la información sobre sus características clínicas y sociodemográficas. Asimismo, queda justificada la necesidad de crear un instrumento validado más amplio para indagar en el constructo y comparar resultados con otras áreas geográficas. Igualmente, considerando el elevado impacto emocional del proceso diagnóstico en las familias y su papel fundamental en el proceso de AT, se debería incorporar su visión sobre el fenómeno y su impacto en aras de una mayor comprensión del mismo y su repercusión. Así, en este trabajo se ha desvelado una interesante tendencia que apunta a una elevada incidencia del fenómeno migración diagnóstica en la que conviene seguir profundizando para comprender la naturaleza de estos trastornos y facilitar la labor de los CAITs.

Conclusiones

El presente estudio es el primero hasta la fecha que analiza el fenómeno migración diagnóstica entre TEL y TEA en población española. En este sentido, si bien la muestra hace difícil generalizar los resultados a toda la población, los datos apuntan a que existe un porcentaje significativo de migraciones diagnósticas en AT que debería seguir explorándose en estudios futuros debido a su importante repercusión en la práctica clínica, así como en la vida del niño y la familia. Una mejor comprensión de este fenómeno ampliaría el conocimiento de la naturaleza del TEL y el TEA a edades tempranas, contribuyendo así a la labor de los CAITs. Igualmente, debería hacernos reflexionar a los profesionales de este ámbito acerca de las lagunas y los déficits de los actuales procesos de evaluación en AT con vistas a seguir trabajando en su perfeccionamiento.

Bibliografía

- Ash, A. C., Christopoulos, T. T., & Redmond, S. M. (2020). "Tell Me About Your Child": A Grounded Theory Study of Mothers' Understanding of Language Disorder. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 29, 819-840. https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-19-00064
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5a Ed. Médica Panamericana.
- Autism Europe. (2015). *Prevalence rate of Autism*. Autism-Europe a.i.s.b.l.
- Baird, G., Simonoff, E., Pickles, A., Chandler, S., Loucas, T., Meldrum, D., & Charman, T. (2006). Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: The Special Needs and Autism Project (SNAP). *Lancet*, 368, 210-215. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69041-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69041-7)
- Bennett, T. A., Szatmari, P., Georgiades, K., Hanna, S., Janus, M., Georgiades, S., Duku, E., Bryson, S., Fombonne, E., Smith, I. M., Miranda, P., Volden, J., Waddell, C., Roberts, W., Vaillancourt, T., Zwaigenbaum, L., Elsabbagh, M., Thompson, A., & The Pathways in ASD Study Team. (2014). Language Impairment and Early Social Competence in Preschoolers with Autism

- Spectrum Disorders: A Comparison of DSM-5 Profile. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 2797–2808. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2138-2>
- Bishop, D. V. M. (2000). Pragmatic language impairment: A correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum? En D. V. M. Bishop, & L. Leonard, *Speech and language impairments in children: Causes, characteristics, intervention and outcome* (págs. 99-113). Hove: Psychology Press.
- Bishop, D. V. M. & Norbury, C. F. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: a study using standardised diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(7), 917–929. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00114>
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & CATALISE Consortium. (2016). CATALISE: A Multinational and Multidisciplinary Delphi Consensus Study. Identifying Language Impairments in Children. *PLOS ONE*, 11(7), e0158753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T., & CATALISE-2 Consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Bishop, D. V. M., Whitehouse, A. J., Watt, H. J., & Line, E. A. (2008). Autism and diagnostic substitution: evidence from a study of adults with a history of developmental language disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(5), 341-345. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.02057.x>
- Campos, R. (2017). If you want to get ahead, get a good master. Annette Karmiloff-Smith: the developmental perspective / Si quieres avanzar, ten una buena maestra. Annette Karmiloff-Smith: la mirada desde el desarrollo. *Infancia y Aprendizaje / Journal for the Study of Education and Development*, 41(1), 90-137. <https://doi.org/10.1080/02103702.2017.1401318>
- Carballo, G. (2012). Guía para la evaluación del TEL: algunas consideraciones. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32, 87-93. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.03.004>
- Cardinal, D. & Griffiths, A. J. (2016). *Summary of findings. Report presented at the Inaugural Disability Summit*. Orange: Chapman University, Thompson Policy Institute.
- Castro-Rebolledo, R., Giraldo-Prieto, M., Hincapié-Henao, L., Lopera, F., & Pineda, D. A. (2004). Trastorno específico del desarrollo del lenguaje: una aproximación teórica a su diagnóstico, etiología y manifestaciones clínicas. *Revista de Neurología*, 39(12), 1173-1181. <https://doi.org/10.33588/rn.3912.2004337>
- Charman, T. (2010). Developmental approaches to understanding and treating autism. *Folia Phoniátrica et Logopaedica*, 62, 166-177. <https://doi.org/10.1159/000314032>
- Charman, T. & Baird, G. (2002). Practitioner Review: Diagnosis of autism spectrum disorder in 2- and 3-year-old children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 289-305. <https://doi.org/10.1111/1469-7610.00022>
- Conti-Ramsden, G., Simkin, Z., & Botting, N. (2006). The prevalence of autistic spectrum disorders in adolescents with a history of specific language impairment (SLI). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(6), 621-628. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01584.x>
- Coo, H., Ouellette-Kuntz, H., Lloyd, J., Kasmara, L., Holden, J., & Lewis, S. (2008). Trends in autism prevalence: diagnostic substitution revisited. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1036–1046. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0478-x>
- Crane, L., Chester, J. W., Goddard, L., Henry, L. A., & Hill, E. (2016). Experiences of autism diagnosis: A survey of over 1000 parents in the United Kingdom. *Autism*, 20(2), 153–162. <https://doi.org/10.1177/1362361315573636>
- Division for Early Childhood. (2014). DEC recommended practices in early intervention/early childhood special education 2014. Recuperado de <http://www.dec-sped.org/recommendedpractices>
- Dunst, C. J. (2018a). Evidence-informed early childhood intervention performance checklists and practice guides [Winterberry Press Monograph Series]. Asheville, NC: Winterberry Press. Recuperado de <https://www.wbpress.com/wp-content/uploads/2018/12/WP-EBP-Monograph.pdf>
- Dunst, C. J. (2018b). Future directions and considerations in the continued evolution of early childhood intervention. En C. Escorcía & L. Rodríguez (Eds.), *Prácticas de atención temprana centradas en la familia y entornos naturales*. UNED Publisher. Recuperado de <http://puckett.org/Future-Directions-ECI-Published-Version.pdf>
- Durrleman, S. & Delage, H. (2016). Autism Spectrum Disorder and Specific Language Impairment: Overlaps in Syntactic Profiles. *Language Acquisition*, 23(4), 361-386. <https://doi.org/10.1080/10489223.2016.1179741>
- Eadie, P., Nguyen, C., Carlin, J., Bavin, E., Bretherton, L., & Reilly, S. (2014). Stability of language performance at 4 and 5 years: measurement and participant variability. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49(2), 215-227. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12065>
- Escorcía-Mora, C. T., García-Sánchez, F. A., Sánchez-López, M. C., Orcajada, N., & Hernández-Pérez, E. (2018). Early Childhood Intervention practices in the southeast of Spain: professionals and families perspective. *Annals of Psychology*, 34(3), 500-509. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.34.3.311221>
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2004). *Organización Diagnóstica para la Atención Temprana*. Real Patronato sobre Discapacidad.
- Fernández Valero, R., Serrano, A. M., McWilliam, R. A., & Cañadas, M. (2020). Variables predictoras del empoderamiento familiar en prácticas de atención temprana centradas en la familia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 40, 128-137. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2020.05.003>
- Goodwin, A., Matthews, N. L., & Smith, C. J. (2017). The Effects of Early Language on Age at Diagnosis and Functioning at School Age in Children with Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47, 2176–2188. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3133-1>

- Hammad, A. F., Alessi-Severini, S., Mahmud, S. M., Brownell, M., & Kuo, I. (2019). Annual trends in prevalence and incidence of autism spectrum disorders in Manitoba preschoolers and toddlers: 2004–2015. *Canadian Journal of Public Health, 110*, 476–484. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00181-9>
- Howlin, P. (2008). Autism and diagnostic substitution. *Developmental Medicine & Child Neurology, 50*(5), 325–325. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2008.00325.x>
- IBM Corp. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows (Version 21.0). [Software de computación]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jefatura del Estado (2018). Real Decreto-ley 5/2018, de 27 de julio, de medidas urgentes para la adaptación del Derecho español a la normativa de la Unión Europea en materia de protección de datos. Boletín Oficial del Estado, 183. Recuperado de <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-10751-consolidado.pdf>
- Junta de Andalucía (2016). Decreto 85/2016, de 26 de abril, por el que se regula la intervención integral de la Atención Infantil Temprana en Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, 81. Recuperado de <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2016/81/2>
- Karst, J. S. & Vaughan van Hecke, A. (2012). Parent and Family Impact of Autism Spectrum Disorders: A Review and Proposed Model for Intervention Evaluation. *Clinical Child and Family Psychology Review, 15*, 247–277. <https://doi.org/10.1007/s10567-012-0119-6>
- King, M. & Bearman, P. (2009). Diagnostic change and the increased prevalence of autism. *International Journal of Epidemiology, 38*, 1224–1234. <https://doi.org/10.1093/ije/dyp261>
- Kjelgaard, M. M. & Tager-Flusberg, H. (2001). An Investigation of Language Impairment in Autism: Implications for Genetic Subgroups. *Language and Cognition Processes, 16*(2-3), 287–308. <https://doi.org/10.1080/01690960042000058>
- Leonard, L. B. (2014). *Children with specific language impairment* (2nd ed.). The MIT Press.
- Leyfer, O. T., Tager-Flusberg, H., Dowd, M., Tomblin, J. B., & Folstein, S. E. (2008). Overlap Between Autism and Specific Language Impairment: Comparison of Autism Diagnostic Interview and Autism Diagnostic Observation Schedule Scores. *Autism Research, 1*(5), 284–296. <https://doi.org/10.1002/aur.43>
- Málaga, I., Blanco Lago, R., Hedrera-Fernández, A., Álvarez-Álvarez, N., Oreña-Ansonera, V. A., & Baeza-Velasco, M. (2019). Prevalencia de los Trastornos del Espectro Autista en Niños en Estados Unidos, Europa y España: Coincidencias y Discrepancias. *Medicina (Buenos Aires), 79*(1), 4-9. Recuperado de <http://www.medicinabuenosaires.com/PMID/30776272.pdf>
- Mandell, D. S., Novak, M. M., & Zubritsky, C. D. (2005). Factors Associated with Age of Diagnosis Among Children with Autism Spectrum Disorders. *Pediatrics, 116*(6), 1480–1486. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0185>
- Martos, J. & Ayuda, R. (2004). Desarrollo temprano: algunos datos procedentes del autismo y los trastornos del lenguaje. *Revista de Neurología, 38*, 39-46. <https://doi.org/10.33588/rn.38S1.2004050>
- McGregor, K. K., Goffman, L., Owen Van Horne, A., Hogan, T. P., & Finestack, L. H. (2020). Developmental Language Disorder: Applications for Advocacy, Research, and Clinical Service. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 5*(1), 38-46. https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00083
- McWilliam, R. A. (2016). Metanoia en Atención Temprana: Transformación a un Enfoque Centrado en la Familia. *Revista Latinoamericana de Educación Inclusiva, 10*(1), 133-153. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-73782016000100008>
- Modyanova, N., Perovic, A., & Wexler, K. (2017). Grammar Is Differentially Impaired in Subgroups of Autism Spectrum Disorders: Evidence from an Investigation of Tense Marking and Morphosyntax. *Frontiers in Psychology, 8*, 320. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00320>
- Montero, I. & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3), 847-862. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/GNEIP07_es.pdf
- Morales-Hidalgo, P., Roigé-Castellví, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N., & Canals, J. (2018). Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Spanish School-Age Children. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 48*, 3176–3190. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3581-2>
- Newschaffer, C. J. (2006). Investigating diagnostic substitution and autism prevalence trends. *Pediatrics, 117*(4), 1436–1437. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2834>
- Nicholas, J. S., Carpenter, L. A., King, L. B., Jenner, W., & Charles, J. M. (2009). Autism Spectrum Disorders in Preschool-Aged Children: Prevalence and Comparison to a School-Aged Population. *Annals of Epidemiology, 19*(11), 808-814. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.04.005>
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., & Pickles, A. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 57*(11), 1247–1257. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de los trastornos mentales y del comportamiento CIE-10. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes. Clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Médica Panamericana.
- Özerk, K. (2017). The Issue of Prevalence of Autism/ASD. *International Electronic Journal of Elementary Education, 9*(2), 263-306. Recuperado de <https://www.iejee.com/index.php/IEJEE/article/view/158>
- Paul, R. (2020). Children’s Language Disorders: What’s in a Name? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups, 5*(1), 30-37. https://doi.org/10.1044/2019_PERS-SIG1-2019-0012
- Pérez-Crespo, L., Prats-Urbe, A., Tobias, A., Duran-Tauleria, E., Coronado, R., Hervás, A., & Guxens, M. (2019). Temporal and Geographical Variability of Prevalence and Incidence of Autism Spectrum Disorder Diagnoses in Children in Catalonia, Spain. *Autism Research, 12*, 1693-1705. <https://doi.org/10.1002/aur.2172>
- Ramírez-Santana, G. M., Acosta-Rodríguez, V. M., & Hernández-Expósito, S. (2019). A comparative study of language phenotypes in Autism Spectrum Disorder and Specific Language Impairment. *Psicothema, 31*(4), 437-442. <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.92>

- Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F. K., Morgan, A., Goldfeld, S., Nicholson, J. M., & Wake, M. (2014). Specific language impairment: a convenient label for whom? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 49, 416-451. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12102>
- Schaeffer, J. (2018). Linguistic and Cognitive Abilities in Children with Specific Language Impairment as Compared to Children with High-Functioning Autism. *Language Acquisition*, 25(1), 5-23. <https://doi.org/10.1080/10489223.2016.1188928>
- Serrano, A. M., Mas, J. M., Canadas, M., & Gine, C. (2017). Family systems and family-centred intervention practices in Portugal and Spain: Iberian reflections on early childhood intervention. In H. Sukkar, C. J. Dunst, & J. Kirkby (Eds.), *Early childhood intervention: Working with families of young children with special needs*. Routledge.
- Shattuck, P. T. (2006). The contribution of diagnostic substitution to the growing administrative prevalence of autism in US special education. *Pediatrics*, 117(4), 1028-1037. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-1516>
- Taylor, L. J. & Whitehouse, A. J. (2016). Autism Spectrum Disorder, Language Disorder, and Social (Pragmatic) Communication Disorder: Overlaps, Distinguishing Features, and Clinical Implications. *Australian Psychologist*, 51, 287-295. <https://doi.org/10.1111/ap.12222>
- Taylor, L. J., Maybery, M. T., Grayndler, L., & Whitehouse, A. J. O. (2014). Evidence for Distinct Cognitive Profiles in Autism Spectrum Disorders and Specific Language Impairment. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 19-30. <https://doi.org/10.1007/s10803-013-1847-2>
- Taylor, L. J., Maybery, M. T., & Whitehouse, A.J.O. (2012). Do children with specific language impairment have a cognitive profile reminiscent of autism? A review of the literature. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2067-2083. <https://doi.org/10.1007/s10803-012-1456-5>
- Tolchinsky, L. (2018). Going beyond. In tribute to Annette Karmiloff-Smith / Ir más allá. En homenaje a Annette Karmiloff-Smith. *Infancia y Aprendizaje*, 41(1), 56-83. <https://doi.org/10.1080/02103702.2017.1402506>
- Tomblin, B. (2011). Co-morbidity of autism and SLI: kinds, kin and complexity. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 46(2), 127-137. <https://doi.org/10.1111/j.1460-6984.2011.00017.x>
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., & O'Brien, M. (1997). Prevalence of Specific Language Impairment in Kindergarten Children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 40(6), 1245-1260. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4006.1245>
- Torras-Mañá, M., Gómez-Morales, A., González-Gimeno, I., Fornieles-Deu, A., & Brun-Gasca, C. (2016). Assessment of cognition and language in the early diagnosis of autism spectrum disorder: usefulness of the Bayley Scales of infant and toddler development, third edition. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60(5), 502-511. <https://doi.org/10.1111/jir.12291>
- Weismer, S. E. (2013). Developmental Language Disorders: Challenges and Implications of Cross-Group Comparisons. *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 65, 68-77. <https://doi.org/10.1159/000353896>
- Williams, D. M., Botting, N., & Boucher, J. (2008). Language in autism and specific language impairment: Where are the links? *Psychological Bulletin*, 134(6), 944-963. <https://doi.org/10.1037/a0013743>
- Wittke, K., Mastergeorge, A. M., Ozonoff, S., Rogers, S. J., & Naigles, L. R. (2017). Grammatical Language Impairment in Autism Spectrum Disorder: Exploring Language Phenotypes Beyond Standardized Testing. *Frontiers in Psychology*, 8, 532. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00532>
- Workgroup on Principles and Practices in Natural Environments, OSEPTA Community of Practice: Part C Settings. (2008, March). Agreed upon mission and key principles for providing early intervention services in natural environments. Recuperado de http://ectacenter.org/~pdfs/topics/families/Finalmissionandprinciples3_11_08.pdf
- Zablotsky, B., Colpe, L. J., Pringle, B. A., Kogan, M. D., Rice, C., & Blumberg, S. J. (2017). Age of parental concern, diagnosis, and service initiation among children with autism spectrum disorder. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 122(1), 49-61. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-122.1.49>

Anexo 1. Cuestionario

Estudio prevalencia de diagnóstico en trastornos del neurodesarrollo

1. Indique su centro de pertenencia (esta información es exclusivamente de control, en ningún caso será publicada o considerada objeto de análisis):
2. ¿Considera que en su centro existe un elevado número de casos diagnosticados inicialmente como Trastorno del Espectro Autista (TEA) que evolucionaron a Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) (o a la inversa) antes de recibir el alta? (marque una X donde corresponda):

Sí	No	No sabe/ No contesta

3. Evalúe la dificultad de diferenciar entre TEA y TEL en las primeras etapas del desarrollo, siendo 1 Nada difícil y 5 Muy difícil (marque una X donde corresponda):

1	2	3	4	5

4. A continuación, le pedimos datos sobre número de niños/as con determinados diagnósticos **SOLO DE LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS**:

	Número de casos
4.1. Número de diagnósticos iniciales TEA	
4.2. Número de casos que inicialmente fueron diagnosticados de TEA y evolucionaron a TEL	
4.3. Número de casos que inicialmente fueron diagnosticados de TEA y evolucionaron a otro trastorno (indique a qué trastorno o trastornos evolucionaron)	
4.4. Número de diagnósticos iniciales TEL	
4.5. Número de casos que inicialmente fueron diagnosticados de TEL y evolucionaron a TEA	
4.6. Número de casos que inicialmente fueron diagnosticados de TEL y evolucionaron a otro trastorno (indique a qué trastorno o trastornos evolucionaron)	

5. Evalúe el impacto que puede tener el cambio diagnóstico de TEA a TEL sobre los siguientes elementos (marque una X donde corresponda):

	Muy negativo	Negativo	Ningún impacto	Positivo	Muy positivo
5.1 Intervención					
5.2 Pronóstico					
5.3 Familia					

6. Finalmente, rellene este espacio si tiene alguna sugerencia o comentario respecto a las cuestiones planteadas:

Muchas gracias por su colaboración.