

## La situación del trastorno específico del lenguaje en los países hispanohablantes

Llorenç Andreu<sup>1,3</sup>, Alfonso Igualada<sup>2,3</sup>, Nadia Ahufinger<sup>2,3</sup>, Mònica Sanz-Torrent<sup>4</sup>

Recibido 2 de marzo de 2021 / Primera Revisión 14 de mayo de 2021 / Aceptado 20 de diciembre de 2021

**Resumen.** El trastorno específico del lenguaje (TEL) es un trastorno del desarrollo del lenguaje oral que afecta a la expresión y/o la comprensión. En el ámbito angloparlante, fruto de dos estudios con la metodología Delphi (Bishop et al., 2016; 2017) se ha generalizado, tanto en el ámbito clínico y educativo como en las publicaciones científicas, el uso de la nueva terminología (*Developmental Language Disorder* o DLD), así como los principales acuerdos alcanzados respecto a su concepción, detección, evaluación, diagnóstico e intervención. En el ámbito hispanohablante es necesario un proceso de reflexión por parte de profesionales con experiencia y especialistas en el ámbito que analice si la adopción de los principales acuerdos a nivel anglosajón es factible y ajustada para el contexto hispano. En este sentido, el objetivo de este estudio es analizar la situación del TEL con relación al uso actual de la/s etiqueta/s diagnóstica/s, la conceptualización, los criterios y herramientas diagnósticas, así como aspectos relativos a su contexto socioeconómico, político y de atención profesional en el contexto hispanohablante. El estudio se ha basado en la metodología de recogida de datos mediante una encuesta estructurada con preguntas de respuestas abiertas y cerradas (múltiple opción y escala *likert*) realizadas a investigadoras e investigadores y profesionales de atención directa del TEL de diferentes disciplinas (logopedia, psicología, pedagogía, entre otras). Los resultados muestran la opinión de las y los participantes sobre las principales características sobre el trastorno que son compartidas mayoritariamente en todo el ámbito lingüístico español, así como las que presentan más discrepancias. Destaca el predominio de la terminología TEL aunque crece el uso de la expresión trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL). Los resultados también muestran una gran diversidad en los criterios diagnósticos y en algunos aspectos de la concepción del trastorno. Estas informaciones permiten mostrar una primera aproximación a la situación del trastorno y pueden servir como base para un proceso de reflexión y acuerdo que fije unas recomendaciones y criterios globales para todo el ámbito hispanohablante.

**Palabras clave:** Trastorno específico del lenguaje, TEL, trastorno del desarrollo del lenguaje, TDL, conceptualización, diagnóstico.

### [en] The status of Specific Language Impairment in Spanish-speaking countries

**Abstract.** Specific Language Disorder (SLI) is a developmental disorder that affects language expression and/or comprehension. As a result of two studies with the Delphi methodology in English-speaking countries (Bishop et al., 2016; 2017), the use of the new terminology (i.e., Developmental Language Disorder or DLD) has become widespread, both in the clinical and educational field and in scientific publications, as well as the main agreements reached regarding its conception, identification, assessment, diagnosis, and treatment. A process of reflection by specialized experts in the field is necessary to analyze whether the adoption of the main agreements in the Anglo-Saxon context is feasible and adjusted for the Spanish-speaking contexts. The objective of this study is to analyze the status of developmental oral language in different Spanish-speaking countries regarding diagnostic labels, conception, diagnosis criteria and tools, as well as socioeconomic context, politics, and professional care. Data collection was done through a structured survey with questions in the format of open and closed answers (multiple choice and Likert scale) made to researchers and direct care professionals of the SLI from different disciplines (speech therapy, psychology, pedagogy, among others). The results show that the opinion of the participants on the main characteristics of the disorder, such as, the diagnostic label, conception, assessment, diagnosis, and treatment of this population in Spanish-speaking countries, as well as the discrepancies among them. The predominance of the SLI terminology stands out, although the use of the term DLD is increasing in use as a second label. The results also show great diversity in the diagnostic criteria and in some aspects of conception of the disorder. The current results provide relevant information about the particularities of the status of the disorder in Spanish-speaking countries which can serve for a potential future consensus.

**Keywords:** Specific Language Impairment, SLI, Developmental Language Disorder, DLD, Spanish.

**Sumario:** Introducción. Metodología. Materiales y Procedimiento. Análisis de datos. Resultados. Conclusiones. Limitaciones. Futuras investigaciones. Implicaciones del estudio para la investigación y la clínica. Bibliografía

**Cómo citar:** Andreu L., Igualada A., Ahufinger N. y Sanz-Torrent M. La situación del trastorno específico del lenguaje en los países hispanohablantes. *Revista de Investigación en Logopedia* 12(1), e74552. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.74552>

<sup>1</sup> NeuroDevelop eHealth Lab, eHealth Center, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España. Email: [landreub@uoc.edu](mailto:landreub@uoc.edu)

<sup>2</sup> NeuroDevelop eHealth Lab, eHealth Center, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España.

<sup>3</sup> Grupo de Investigación en Cognición y Lenguaje (GRECIL). Estudios de Psicología y Ciencias de la Educación, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España.

<sup>4</sup> Grupo de Investigación en Cognición y Lenguaje (GRECIL). Facultad de Psicología, Universitat de Barcelona, Barcelona, España.

## Introducción

El lenguaje es una de las principales habilidades humanas en las que se pueden mostrar dificultades severas a lo largo de la infancia. El trastorno primario que afecta al desarrollo del lenguaje oral en la infancia ha recibido diferentes nombres a lo largo de la historia (Bishop, 2014). Actualmente, en el ámbito hispanohablante, la etiqueta diagnóstica está en un periodo de debate. El término trastorno específico del lenguaje (TEL; en inglés, *specific language impairment* o SLI) ha contado con un uso amplio y generalizado en los últimos 15-20 años. Sin embargo, tras el cambio que se ha llevado a cabo en el ámbito angloparlante hacia el término trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL; en inglés, *developmental language disorder* o DLD) fruto de dos estudios de consenso basados en la metodología Delphi (Bishop et al., 2016, 2017), ambas etiquetas diagnósticas se están utilizando actualmente en mayor o menor medida. Además, los criterios para su diagnóstico muestran una gran variabilidad tanto en el ámbito clínico como en la investigación. Adicionalmente, este trastorno se ha considerado como un trastorno invisible (Mendoza, 2016) por su gran desconocimiento para la población en general y porque el porcentaje de niños y niñas con este trastorno que se atienden en los servicios públicos está muy por debajo de las estimaciones basadas en su prevalencia (McGregor, 2020). Esta situación ha generado la necesidad de llegar a un consenso en el ámbito hispanohablante similar al alcanzado en el ámbito angloparlante que establezca unas directrices sobre la terminología y los criterios de detección, evaluación y diagnóstico que sean compartidos por profesionales de la clínica del ámbito científico.

Según Bishop et al. (2016, 2017), el TDL es un trastorno severo y persistente en la adquisición y el desarrollo del lenguaje oral que puede involucrar a uno o varios componentes del lenguaje en diferente grado, tanto a nivel expresivo como receptivo, y que afecta al desarrollo social y/o escolar. La prevalencia se sitúa en torno al 7,5% de la población infantil angloparlante (Norbury et al., 2016; Tomblin et al., 1997). Aunque no hay ningún estudio epidemiológico de la población en general en el ámbito hispanohablante, la incidencia se ha situado en el 4% en la población infantil de entre 3 y 7 años que asisten a control de salud en un consultorio de atención primaria de Chile (De Barbieri et al., 1999).

Una característica importante del trastorno y que quizás explica en parte su gran desconocimiento para la población en general es la gran variación y dispersión terminológica que ha sufrido a lo largo de la historia (ver Bishop, 2014), así como los constantes cambios en su concepción, características y criterios diagnósticos. En este sentido, en el ámbito angloparlante, merecen ser destacados dos estudios que se llevaron a cabo para abordar esta confusión terminológica y diagnóstica en torno a los trastornos del lenguaje en población infantil. Los dos estudios se realizaron a través del método Delphi en el que participaron profesionales de la investigación, profesionales del ámbito clínico y familiares de niños y niñas con trastorno del lenguaje de diferentes países de habla inglesa (consorcio CATALISE) con el objetivo de llegar a un consenso para acordar un conjunto de criterios. El primero de los estudios se dedicó a discutir y acordar los criterios para identificar a la población infantil con dificultades significativas en el lenguaje (Bishop et al., 2016) y el segundo (Bishop et al., 2017) se dedicó a acordar la terminología apropiada sobre los trastornos del lenguaje oral. Los principales acuerdos, recogidos en sendos artículos, fueron la apuesta por el cambio terminológico del TEL hacia el TDL y el establecimiento de unos criterios para el diagnóstico que se focalizan en las dificultades funcionales que genera el trastorno y en su pronóstico (para un resumen de los principales cambios que han supuesto estos estudios ver Andreu et al., 2021; Campos y Halliday, 2020).

Tras un período de alrededor de cinco años desde la publicación de estos estudios, en el ámbito angloparlante se ha generalizado el uso de la nueva terminología, además de los principales acuerdos alcanzados respecto a su concepción, detección, evaluación, diagnóstico e intervención tanto en el ámbito clínico y educativo como en las publicaciones científicas. En el ámbito hispanohablante también se ha empezado a utilizar la terminología TDL, sobre todo en el contexto académico, fruto de la influencia de los trabajos llevados a cabo por el consorcio CATALISE (véase, por ejemplo, el número especial del volumen 11 de la Revista de Investigación en Logopedia dedicado a la investigación en el trastorno del desarrollo del lenguaje en población hispanohablante). Sin embargo, diferentes características del contexto motivan la necesidad de realizar una reflexión en profundidad sobre el estado actual de los principales acuerdos llevados a cabo en el ámbito anglosajón para posteriormente analizar si son factibles y ajustados al ámbito hispanohablante. Uno de los motivos está vinculado a las características de la lengua y su contexto. De hecho, así lo planteaban Bishop et al. (2016, p. 4) cuando justificaban que su estudio se había “restringido a los países de habla inglesa [...] y que su objetivo era producir un estudio que pudiera constituir un modelo para estudios futuros en otros idiomas”. El uso del español, con particularidades lingüísticas, socioeconómicas, culturales, políticas y profesionales en cada uno de los países en los que se habla, difiere en muchos aspectos del uso del inglés. El español es una lengua de origen románico que presenta mecanismos lingüísticos diferentes al inglés, como la morfología rica o la transparencia del sistema fonológico. Además, el español cuenta con una extensión de uso de casi 500 millones de personas que lo utilizan como primera lengua (Instituto Cervantes, 2020) hablándose principalmente en España e Hispanoamérica (integrada por diecinueve países) y es una de las lenguas oficiales en Guinea Ecuatorial, quedan algunos hablantes en la antigua colonia de Filipinas y tiene gran presencia a nivel internacional, como es el caso de Estados Unidos<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> En el artículo se utiliza el concepto de países hispanohablantes para incluir tanto a España y los países de Latinoamérica en el que el español tiene un estatus de lengua oficial como aquellos otros en los que existen expertos en población hispanohablante debido a su gran presencia, como en el caso de Estados Unidos.

La necesidad de una terminología, concepción, categoría y clasificación diagnóstica compartida en todo el ámbito lingüístico emerge esencialmente de una motivación profesional y científica por compartir criterios comunes de evaluación, diagnóstico e intervención. Pero, además, un etiquetaje compartido puede influir en la visibilización del trastorno por la sociedad y, también, en las políticas que apliquen las administraciones en la provisión de recursos para su atención, así como en la formación de la identidad de las personas diagnosticadas con el trastorno. Estos motivos ponen de manifiesto la necesidad que la comunidad científica, los y las profesionales de acción directa y los familiares, que comparten redes de colaboración para la investigación y fuentes de información facilitadas por el uso de la misma lengua, describan en profundidad la situación actual sobre la conceptualización, la terminología, los criterios diagnósticos y los aspectos relativos a su atención en un contexto como el hispanoparlante.

En esta línea, en el contexto hispanohablante la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología, AELFA-IF estableció unas directrices sobre el diagnóstico del trastorno. AELFA-IF creó un comité de personas expertas en el TEL para aportar a la comunidad científica y especialmente a quienes forman parte de la asociación algunas directrices sobre el término más adecuado para definir a esta población, los criterios diagnósticos y otros aspectos de especial relevancia para la atención logopédica. El consenso al que llegaron estableció diferentes pautas respecto a la terminología y los criterios de diagnóstico y fueron recogidos en Aguado et al., (2015). Respecto al término para el diagnóstico se optó por mantener la terminología *trastorno específico del lenguaje* con la consideración que el término *específico* se debería revisar. El comité hizo una propuesta de definición del TEL (“alteración significativa en la adquisición y desarrollo del lenguaje, que no está justificada por ninguna causa física, neurológica, intelectual ni sensorial, en unas condiciones sociales idóneas”, p.148). Se establecieron unos criterios de exclusión (excluir del diagnóstico del TEL cuando haya discapacidad cognitiva, trastorno del espectro del autismo -TEA-, lesión o daño neurológico y sordera). Se estableció un cociente intelectual no verbal (CINV) mínimo para el diagnóstico en una puntuación típica de 75. El comité propuso basar el diagnóstico, sin excluir medidas cualitativas y análisis de muestras de lenguaje, en la edición española del *Clinical Evaluation of Language Fundamentals 4* (Semel et al., 2006; CELF-4<sup>6</sup>) y utilizar como punto de corte una puntuación de 1,5 desviaciones típicas (DT) por debajo de la media. Asimismo, recomendaron utilizar medidas de memoria a corto plazo (repetición de dígitos en orden directo y repetición de pseudopalabras de distinta longitud y composición) y memoria de trabajo fonológica (repetición de dígitos en orden inverso, cambiar inicios y finales de pseudopalabras, etc.), también medidas de conducta o de observación (inventarios o cuestionarios dirigidos a familiares y profesorado). El comité estableció que los dos subtipos de TEL que mantenían su vigencia de los propuestos por Rapin y Allen (1983, 1987) eran el *déficit fonológico-sintáctico* y el *déficit léxico-sintáctico*. Finalmente, establecieron como edad mínima para el diagnóstico del TEL los 4 años como posible caso de TEL y para confirmar el diagnóstico a los 5 años.

Sin embargo, el documento de personas expertas de AELFA-IF (Aguado et al., 2015), fue realizado antes de que se publicaran los dos estudios que han provocado el cambio conceptual a nivel angloparlante (Bishop et al., 2016, 2017). Además, durante estos años las investigaciones y los hallazgos sobre el trastorno han evolucionado ampliamente y han tenido importantes repercusiones en la concepción, características, diagnóstico e intervención del trastorno (por ejemplo, Norbury et al., 2016; Reilly et al., 2018; Lancaster y Camarata, 2019).

Por ello consideramos que es necesario avanzar hacia la aplicación de una metodología que analice la situación de partida y que sirva para que posteriormente se pueda llegar a consensos a partir de metodologías que permitan realizar rondas de discusión y acuerdo con la participación de personas expertas mediante la metodología Delphi. Este futuro consenso debería centrarse exclusivamente en esta población de estudio y abordar extensivamente muchos de los acuerdos alcanzados a nivel anglosajón, pero también otros propios de la lengua y la cultura de los países de habla hispana.

Previo a ese proceso de debate, consideramos importante realizar un análisis detallado sobre cuál es la situación actual del TEL en todo el ámbito hispanohablante para conocer el punto de partida frente a los diferentes cambios que se han dado en los últimos años. Con ello pretendemos realizar una aproximación global de los diversos países hispanohablantes que sea lo más amplia posible y que recoja la situación que el trastorno tiene en todo el contexto hispano a partir de las consideraciones de diferentes personas expertas informantes. De este modo, el presente estudio descriptivo tiene el objetivo de conocer, a partir de las percepciones y opiniones de diferentes expertas y expertos, los aspectos más relevantes relacionados con la situación del trastorno específico del lenguaje en los países hispanohablantes, es decir, el uso actual de la/s etiqueta/s diagnóstica/s, la conceptualización, los criterios y herramientas diagnósticas de las dificultades del desarrollo del lenguaje así como aspectos relativos a su contexto socioeconómico, político y de atención profesional. Por ello, el estudio pretende servir de base para analizar la situación actual del TEL, a partir de las opiniones de personas expertas en el contexto hispanohablante, y poder así plantear en el futuro una aproximación a un marco de consenso común mediante un estudio basado en la metodología Delphi como el que se llevó a cabo en el contexto anglosajón. Con este objetivo, se llevó a cabo un estudio a través de una metodología de recogida de datos mediante un cuestionario realizado a personas expertas incluyendo a profesionales de acción directa y de la investigación de la población con TEL de contextos hispanohablantes.

<sup>6</sup> En 2015 aún no se había publicado la versión 5 del *Clinical Evaluation of Language Fundamentals* (Wiig et al., 2018; CELF-5) que está baremada con población infantil del Estado Español.

## Metodología

### Participantes

En el presente estudio participaron diferentes personas expertas en el campo del estudio y/o en la atención de población infantil con TEL del ámbito hispanohablante. Para seleccionar la muestra de personas expertas en la población de estudio se priorizaron los siguientes criterios: primero, incluir personas que hubieran publicado artículos científicos sobre el trastorno, segundo, obtener la máxima participación y, por último, tener la máxima representatividad de diferentes países hispanohablantes. De este modo, para obtener informantes con experiencia primeramente se partió de la búsqueda de investigadoras e investigadores que habían publicado artículos sobre el TEL en población infantil hispanohablante. Para ello, se hicieron diversas búsquedas en diferentes bases de datos (*Psycinfo*, *Google Scholar* y *Scielo*) con el objetivo de encontrar a posibles participantes que hubieran publicado algún artículo sobre el TEL con población infantil que tuviera como primera, segunda o lengua extranjera el español. Las palabras clave que se utilizaron, tanto en español como en inglés, para la búsqueda fueron: “trastorno específico del lenguaje”, “TEL”, “trastorno del desarrollo del lenguaje”, “disfasia”, “desorden del lenguaje”, “trastorno del lenguaje”, “trastorno primario del lenguaje”, “dificultades del lenguaje” y “español”, “hablantes de español” y el nombre de los países siguientes donde el español tiene un estatus de oficialidad o un gran número de hablantes: “Argentina”, “Bolivia”, “Chile”, “Colombia”, “Costa Rica”, “Cuba”, “Ecuador”, “El Salvador”, “España”, “Estados Unidos”, “Filipinas”, “Guatemala”, “Guinea Ecuatorial”, “Honduras”, “México”, “Nicaragua”, “Panamá”, “Paraguay”, “Perú”, “Puerto Rico”, “República Dominicana”, “Uruguay” y “Venezuela”.

A partir de esa búsqueda se identificaron 39 equipos de investigación que habían trabajado en el estudio del TEL en lengua española. A las personas que constaban responsables de la autoría de correspondencia de los artículos se les envió un formulario de participación en el que podían aceptar su participación en el estudio. También se les pidió que enviaran el formulario a otras personas del ámbito de la investigación que estuvieran trabajando en el estudio del TEL y a profesionales con cualificación y con experiencia en la intervención en esta población de su país. Finalmente, como consecuencia de esta acción un total de 56 personas manifestaron su interés en participar en el estudio a partir de la respuesta del formulario de participación.

A las personas interesadas se les volvió a contactar y se les mandó el cuestionario para la recogida de datos del estudio, que finalmente compuso la muestra del estudio con 43 informantes con experiencia en el estudio y la intervención en el TEL. Quienes finalmente participaron en el estudio representan el 77% de las personas que habían manifestado su interés inicial en participar (en el anexo 1 se incluye el listado de participantes que completaron el cuestionario la totalidad aceptaron que su nombre y apellidos aparezcan en el artículo). Las personas que finalmente tomaron parte en el estudio eran de 12 países hispanohablantes con esta distribución: Argentina ( $n = 9$ ), Chile ( $n = 9$ ), Colombia ( $n = 2$ ), Costa Rica ( $n = 1$ ), España ( $n = 6$ ), Estados Unidos ( $n = 6$ ), México ( $n = 2$ ), Paraguay ( $n = 1$ ), Perú ( $n = 4$ ), Puerto Rico ( $n = 1$ ), República Dominicana ( $n = 1$ ) y Uruguay ( $n = 1$ ). Como puede observarse, el número de participantes difiere sensiblemente de unos países a otros. Esta variación se debe a la diferente población de los distintos países y, también, al hecho de que hay amplias diferencias entre los países respecto a la tradición en el estudio y la atención del TEL en el ámbito hispanohablante.

En el formulario de participación se recogieron los datos para identificar el perfil de quienes participaron en el estudio. En relación con el sexo, el 86,05% ( $n = 37$ ) eran mujeres y el 13,95% eran hombres ( $n = 6$ ). El 40% ( $n = 17$ ) reportaron ser profesionales del ámbito académico, el 7% ( $n = 3$ ) del ámbito clínico y el 53% ( $n = 23$ ) tenían un perfil mixto. El 60% ( $n = 26$ ) indicaron que tenían la titulación de doctorado, el 26% ( $n = 11$ ) reportaron que tenían un máster/maestría y el 12% ( $n = 5$ ) una titulación de grado. Respecto a su titulación, el 77% ( $n = 33$ ) tenían la titulación de Logopedia/Fonoaudiología, el 19% ( $n = 8$ ) Psicología, el 19% ( $n = 8$ ) Educación (maestras/os o pedagogía) y el 7% Lingüística ( $n = 3$ ). Estos valores exceden el 100% ya que hay diferentes personas que indicaron tener doubles perfiles. El 56% ( $n = 24$ ) indicaron tener 20 años de experiencia profesional (de investigación y/o de atención) con población infantil con TEL, el 12% ( $n = 5$ ) de 15-19 años, el 19% ( $n = 8$ ) de 10-14 años, el 9% ( $n = 4$ ) de 5-9 años y el 5% ( $n = 2$ ) menos de 5 años.

También reportaron el nivel de pericia en el TEL mediante diferentes indicadores. El 62% ( $n = 23$ ) declaró que dispone de una red de profesionales con quienes trabaja con la población de estudio; el 57% ( $n = 21$ ) afirmó que tiene contacto directo con la población semanalmente; el 49% ( $n = 18$ ) contestó que realiza investigación/divulgación sobre la población; el 73% ( $n = 27$ ) reportó que dispone de formación específica sobre la población; el 68% ( $n = 25$ ) contestó que proporciona formación relacionada con la población; el 59% ( $n = 22$ ) indicó que proporciona atención/intervención directa o indirecta a la población y el 11% ( $n = 4$ ) afirmó que tiene un/a familiar de primera o segunda línea que pertenece a la población. En la tabla 1 se pueden ver las principales características de la muestra en función de su perfil (perfil académico, perfil clínico y perfil mixto).

**Tabla 1.** Características de la muestra según su perfil (académico, clínico y mixto clínico-académico).

		Perfil académico	Perfil clínico	Perfil mixto	Total
Sexo	Mujeres	13	3	21	37
	Hombres	3	0	3	6
Nivel de estudios	Doctorado	12	1	13	26
	Máster	3	1	7	11
	Grado	1	1	4	6
Titulación	Logopedia	9	2	22	33
	Psicología	3	0	5	8
	Pedagogía/ Magisterio	4	1	3	8
	Lingüística	2	0	1	3

Nota: Los datos de la tabla están expresados en valores absolutos e indican el número de personas de cada variable.

## Materiales y Procedimiento

Para la recogida de datos, se elaboró un cuestionario que se organizó en 8 bloques: Identificación de las personas participantes, Etiqueta diagnóstica, Definición y conceptualización de esta población, Evaluación, Criterios de diagnóstico, Multilingüismo, Legislación, normativas y políticas y Atención profesional. En el bloque de identificación se recogieron los datos de quienes participaron en relación con el nombre y apellidos, país y estado/comunidad.

Para la elaboración de las preguntas se tomaron como punto de partida los dos artículos del consorcio CATALISE coordinados por Bishop y Snowling (Bishop et al., 2016; Bishop et al., 2017). A partir del análisis de las afirmaciones utilizadas en Bishop et al. (2016) se elaboraron los bloques de *Evaluación y criterios de diagnóstico* del cuestionario del presente estudio y a partir del análisis de las afirmaciones utilizadas en Bishop et al. (2017) se elaboraron los bloques de *Etiqueta diagnóstica y Definición y conceptualización* del cuestionario del presente estudio. Además, dado que en la mayoría de los países hispanohablantes se hablan muchas otras lenguas se decidió crear un bloque específico para conocer aspectos relacionados con el TEL y el multilingüismo. También se dedicó un bloque a la situación normativa que el trastorno tiene (*Legislación, normativas y políticas*) y finalmente un bloque para analizar la atención profesional que reciben estos niños y niñas (*Atención de profesional*). Estos tres últimos bloques son especialmente necesarios y relevantes en el contexto hispanohablante para poder posteriormente debatir sobre la conceptualización, la terminología y el proceso de evaluación y diagnóstico de esta población por el impacto que tienen en la toma de decisiones.

El cuestionario fue elaborado a modo de encuesta estructurada con preguntas de respuestas abiertas y cerradas (múltiple opción y escala *likert*). En la tabla del anexo 2 se aporta información sobre las clases de respuesta utilizadas, las frecuencias de uso de la categoría “otras” y el redactado literal de las preguntas. Para recoger todas las aportaciones y los puntos de vista, todas las preguntas tenían siempre un espacio abierto en el que se podía concretar o matizar las respuestas cerradas. Además, al final de cada bloque se habilitó un apartado en el que se podían hacer todos los comentarios que considerasen oportunos.

El estudio fue aprobado por el Comité de ética de la Universitat Oberta de Catalunya. Durante los meses de abril y mayo de 2020 se envió el formulario telemático para proponer la participación en el estudio. El envío del cuestionario para la recogida de datos del estudio se llevó a cabo durante los meses de mayo y junio de 2020. Se enviaron hasta tres recordatorios, uno cada semana, a aquellas personas que no habían respondido el cuestionario.

Para clarificar qué se entendía por “por población de estudio” en las diferentes preguntas del cuestionario se proporcionó la siguiente aclaración: *Por población de estudio se hace referencia a la patología que ha sido denominada afasia del desarrollo, disfasia, trastorno específico del lenguaje, trastorno del desarrollo del lenguaje, trastorno primario del lenguaje o desorden del lenguaje, entre otros.*

## Análisis de datos

### Análisis de las preguntas cerradas

Las preguntas cerradas del cuestionario se analizaron para obtener los porcentajes de respuesta de las personas participantes. De los cinco niveles de respuesta (nunca, raramente, ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemen-

te), se consideraron como opinión favorable o de alta frecuencia (según el contenido de la pregunta) los dos niveles de respuesta superiores (frecuentemente y muy frecuentemente). Los dos niveles de respuesta inferiores (nunca y raramente) fueron considerados como opinión desfavorable o baja frecuencia de respuesta y la elección del nivel “ocasionalmente” se consideró como opinión neutra o de frecuencia intermedia.

### Análisis de contenido

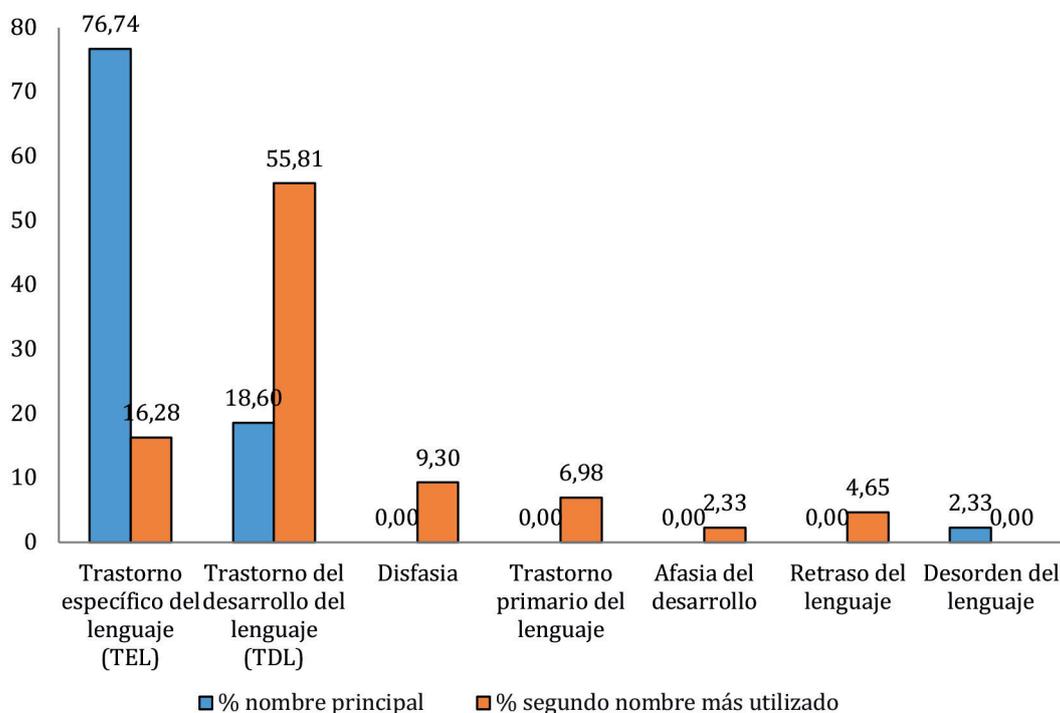
Para realizar el análisis de las preguntas abiertas se siguió el procedimiento de análisis de contenido propuesto por Bengtsson (2016). Primero se realizó una familiarización general con las respuestas. Después se empezó a trabajar en cada una de las unidades con significado (oraciones o párrafos que contienen aspectos relacionados entre sí, respondiendo a la pregunta planteada en el objetivo). Se crearon códigos de forma inductiva para facilitar la identificación de conceptos y posteriormente se categorizaron (Catanzaro, 1988). Una vez se establecieron los códigos y las categorías, se comenzó el proceso de análisis y redacción.

### Resultados

En esta sección se presentan los resultados de los análisis cuantitativos y cualitativos de las opiniones de las expertas y los expertos a partir de sus respuestas a las preguntas incluidas en el cuestionario. Se reportan los resultados de frecuencias de las respuestas cerradas, los análisis cualitativos de las respuestas abiertas y las de respuesta de elección múltiple. Los datos reportados se calcularon en base al total de respuestas ( $n = 43$ ) para proporcionar una visión global de las personas expertas en contextos hispanohablantes.

### Etiqueta diagnóstica

Las respuestas a las preguntas del bloque sobre la **etiqueta diagnóstica** muestran que, según las contribuciones de las personas expertas, la población de estudio recibe principalmente el nombre de *trastorno específico del lenguaje* (76,74%) siendo el segundo nombre más utilizado el *trastorno del desarrollo del lenguaje* (55,81%). La Figura 1 muestra además el uso de otras etiquetas como *disfasia*, *trastorno primario del lenguaje*, *afasia del desarrollo*, *retraso del lenguaje* o *desorden del lenguaje*.



**Figura 1.** Frecuencia de las respuestas sobre la opinión del uso de etiquetas diagnósticas para nombrar a la población de estudio.

Con relación al uso diferenciado de **etiquetas diagnósticas dependiendo del contexto** (educativo, clínico, familias...), el 51,16% de las personas expertas contestó que creían que se utilizaban diferentes etiquetas según el contexto, el 39,53% respondió negativamente y el 9,31% no respondió. Se reportaron diferentes etiquetas para los

siguientes contextos: dentro del contexto educativo, las etiquetas *trastorno específico del lenguaje* ( $n = 5$ ), *retraso del lenguaje* ( $n = 2$ ), *disfasia* ( $n = 1$ ) y *trastorno de dicción* ( $n = 1$ ); dentro del contexto familiar, la etiqueta *trastorno específico del lenguaje* ( $n = 2$ ); dentro del contexto clínico u hospitalario las etiquetas *disfasia* ( $n = 5$ ), *trastorno específico del lenguaje* ( $n = 3$ ), *trastorno del lenguaje* ( $n = 3$ ), *trastorno del desarrollo del lenguaje* ( $n = 3$ ) y *afasia del desarrollo* ( $n = 1$ ); y dentro del contexto científico o de investigación la etiqueta *trastorno del desarrollo del lenguaje* ( $n = 1$ ). Además, se mostró el uso de cuatro etiquetas más sin especificar el contexto de uso (*disfasia del desarrollo*; *retraso del desarrollo del lenguaje*; *desorden del lenguaje y habla*; *retardo anártrico*).

### Definición y conceptualización de esta población

El bloque de preguntas sobre la definición y la conceptualización comprendió dos preguntas que pretendían captar la opinión de las y los participantes en relación con las principales áreas definitorias que se consideran en el contexto hispanohablante de las dificultades, necesidades o problemas de la población. El anexo 3 muestra los porcentajes de respuesta para los niveles de respuesta (nunca, raramente, ocasionalmente, frecuentemente y muy frecuentemente) en todas las áreas del desarrollo infantil relacionadas con la **definición y conceptualización de la patología**.

El lenguaje es el área de dificultad con mayor tasa de respuesta con un 100% en niveles altos de frecuencia (ver Figura 2). En el análisis en detalle del lenguaje, se observan tasas de respuesta superiores al 90% en frecuencias altas para la comprensión y la expresión del lenguaje, y los componentes de la sintaxis, la morfología, el léxico y la semántica. La tendencia de respuesta a niveles de frecuencias altas es superior al 80% para la fonología, la narración y la lectura, al 70% para la escritura y al 60% para la pragmática. En segundo lugar, se muestran niveles de frecuencia superiores al 60% para la comunicación y superiores al 50% para el habla.

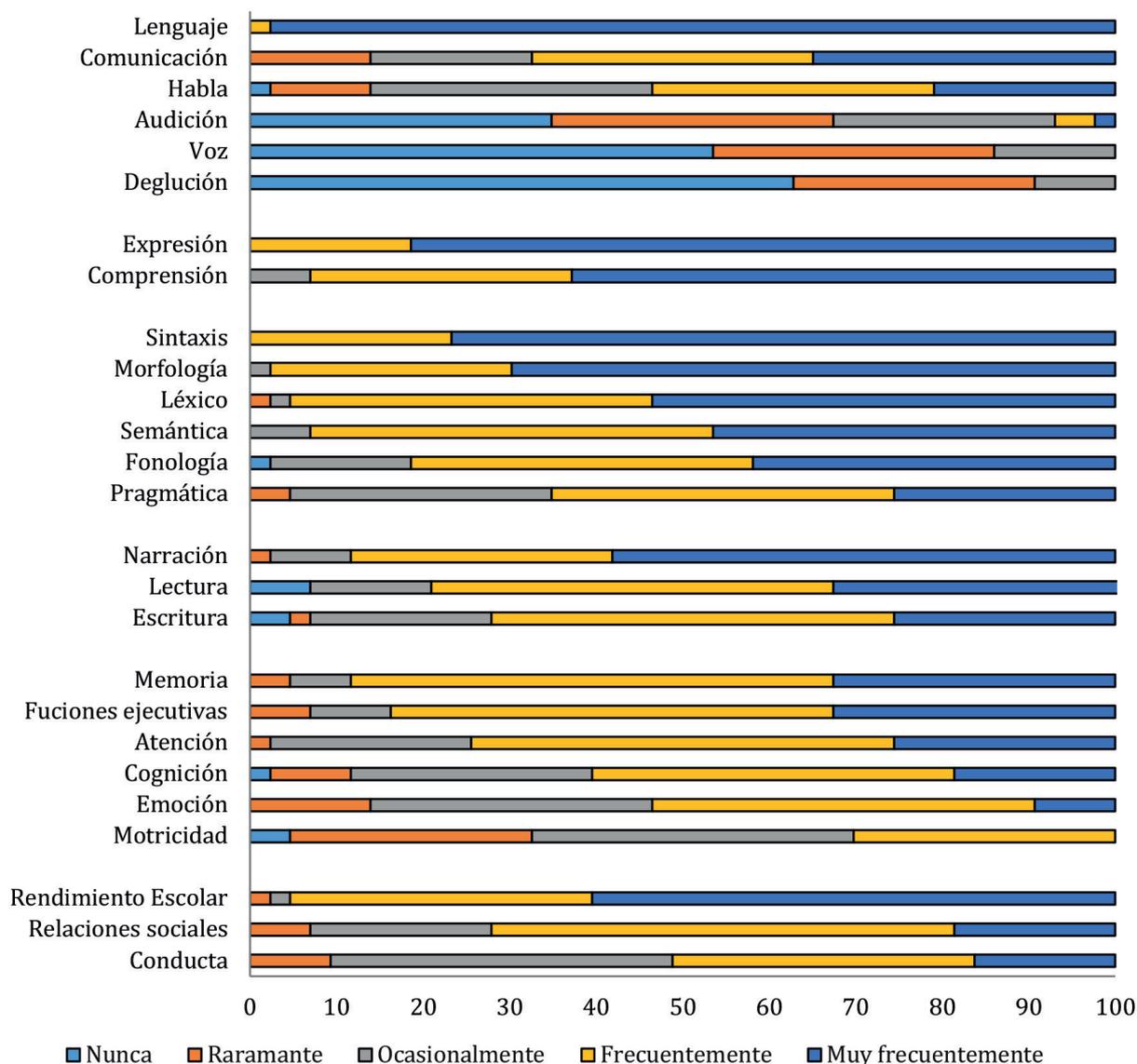


Figura 2. Porcentajes de respuesta sobre las áreas de presencia de dificultades en la población.

Por último, en relación con la **presencia de dificultades en otras áreas del desarrollo y competencias vinculadas** a la infancia, la valoración de las expertas y los expertos obtuvo niveles superiores al 90% para rendimiento escolar, al 80% para memoria y funciones ejecutivas, al 70% para atención y relaciones sociales, al 60% para cognición y al 50% para emoción y conducta. La motricidad mostró una distribución similar entre los niveles de respuesta altos, bajos y el intermedio con porcentajes superiores a 30% en los tres. En cambio, en otras funciones del sistema estomatognático y auditivo las respuestas mostraron una frecuencia baja (“nunca” o “raramente”) con valores en torno al 90% para deglución, al 80% para la voz y al 60% para la audición.

Por otro lado, respecto a la opinión sobre el carácter de la patología de estudio, se reportó que en los diferentes países se considera mayoritariamente como **persistente** (88,37% de las respuestas) frente a la opción de **transitorio** (6,98% de las respuestas). Respecto al **grado de especificidad de la afectación**, las respuestas fueron ampliamente favorables a la consideración de trastorno primario con afectación en otras áreas (83,72 % de las respuestas) en comparación con la opción que es una patología de tipo primario sin afectación de otras áreas (13,95% de las respuestas) o patología secundaria (0% de las respuestas).

Las frecuencias en las que las personas participantes consideraron que se incluye a la población en la **definición y conceptualización** presentan frecuencias altas superiores al 90% para las franjas de edad de 3 a 6 años y superiores al 70% para la franja 6 a 12 años. La franja de edad de 12 a 18 años muestra una distribución similar entre los niveles de respuesta altos (superior al 30%), bajos (superior al 30%) y el intermedio (superior al 20%). En sentido contrario, las franjas de edad con frecuencias más bajas son superiores al 60% para la franja de 0 a 3 años, superiores al 80% para la adultez y la senectud. Ver frecuencias en las que se establece la etiqueta diagnóstica de la población en la figura 5. En el anexo 5 se aportan las frecuencias específicas para los diferentes niveles de respuesta.

Respecto a si la incidencia de la población se sitúa dentro del nivel socioeconómico bajo o medio-bajo, la mayoría de las respuestas consideran que no (46,51% de las respuestas) frente a quienes consideran que es así (13,95% de las respuestas) y la respuesta “No sé” (9,30% de las respuestas).

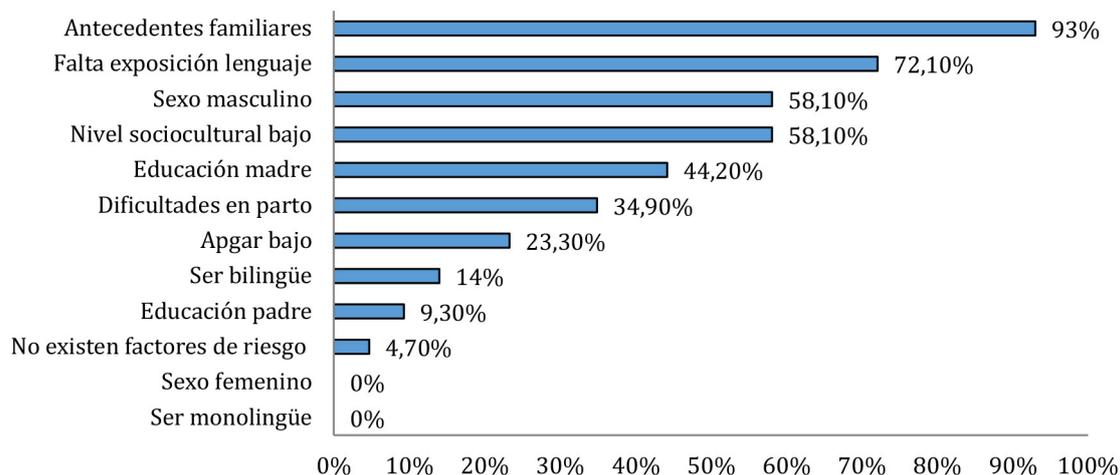
## Evaluación

Los y las participantes contestaron que se usa una gran variedad de pruebas, test o herramientas de evaluación para el diagnóstico de esta población y que se encuentran recogidas en el anexo 4 y clasificadas según si son pruebas de evaluación directa o indirecta (estandarizadas o no) del lenguaje oral (anexo 4; Tabla A) y para evaluar el lenguaje escrito y habilidades cognitivas y del desarrollo (estandarizadas o no, anexo 4; Tabla B). Como se puede observar, hay una gran diversidad de pruebas reportadas. Además del uso de pruebas estandarizadas, las y los participantes reportaron diferentes estrategias/herramientas diagnósticas que se utilizan para la evaluación de la patología y que fueron, de mayor a menor, criterios evolutivos (86% de las respuestas), registros observacionales (86% de las respuestas), perfiles del lenguaje (83,7% de las respuestas) y evaluación dinámica (48,8% de las respuestas).

El 48,84% de las respuestas se mostraron desfavorables respecto a la situación del uso de la pauta de esperar para evaluar en su país e incluyeron información sobre las recomendaciones que se utilizan en su contexto y sobre su opinión al respecto fundamentándose en los conceptos de atención temprana y a la necesidad de evaluación y monitorización. Las **respuestas favorables al uso de la pauta de esperar** (el 44,19 %) variaron en la justificación de por qué hacerlo de acuerdo con la situación en su país. Se mostró variación con relación a la edad de recomendación de esperar en las edades de 3, 4 y 5 años en los diferentes países. También se relacionó la pauta con las variaciones del perfil mostrado, por ejemplo, la espera en los casos de hablantes tardíos, cuando hay comorbilidad con dificultades de atención, cuando hay afectación temprana del sistema fonológico y ante la no presencia factores de riesgo (antecedentes familiares), la insuficiencia de estimulación o el hecho de haber llegado recientemente al país.

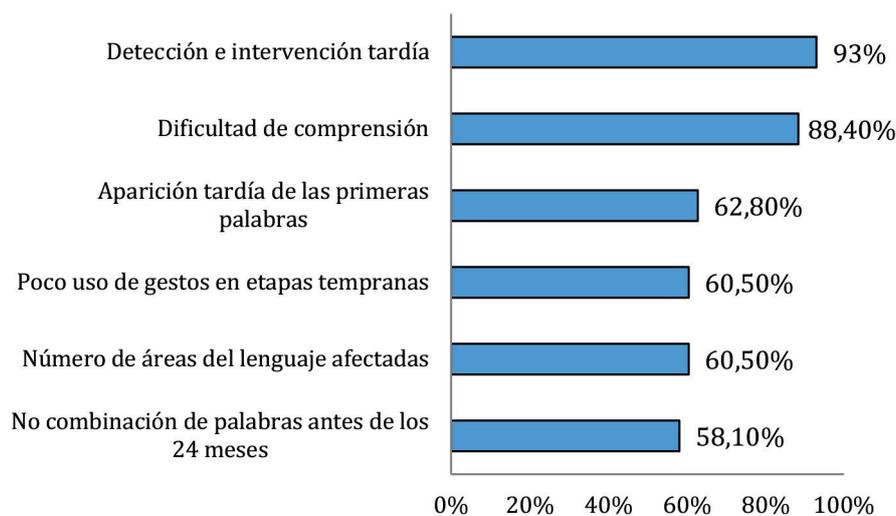
Por otro lado, respecto a la opinión sobre las franjas de edad en que **se realiza la evaluación** de la población se obtuvieron frecuencias de respuesta altas, superiores al 90%, para las franjas de edad de 3 a 6 años y superiores al 70% para la franja de 6 a 12 años. En sentido contrario, las franjas de edad con frecuencias más bajas son superiores al 40% para la franja de 0 a 3 años y la franja de 12 a 18 años y superiores al 90% para la adultez y la senectud. En la figura 5 se pueden observar las frecuencias según franjas de edad que las personas expertas consideran que se realiza la evaluación de la población en su país. En el anexo 5 se aportan las frecuencias específicas para los diferentes niveles de respuesta.

La Figura 3 muestra el porcentaje de respuesta sobre los **factores de riesgo** de presentar la patología que las personas informantes consideran que se toman en cuenta en su país. Como se puede observar, el factor de riesgo que genera una mayor respuesta es el hecho de presentar antecedentes familiares (93% de las respuestas) seguido de una pobreza de input de lenguaje, ser del sexo masculino y pertenecer a un nivel socioeconómico bajo.



**Figura 3.** Porcentajes de respuesta sobre de los factores de riesgo de presentar la patología.

La Figura 4 muestra los porcentajes de respuesta sobre los **indicadores precoces de un mal pronóstico** que las personas informantes consideran que se utilizan en su país. La detección e intervención tardía (93% de las respuestas) y las dificultades de comprensión (88,40% de las respuestas) son los indicadores con una mayor coincidencia de respuesta, con una frecuencia superior a la mitad para la aparición tardía de las primeras palabras, el uso reducido de gestos en etapas tempranas, cantidad de áreas del lenguaje afectadas y la no combinación de palabras antes de los 24 meses.



**Figura 4.** Porcentajes de respuesta sobre los indicadores precoces de un mal pronóstico.

### Criterios de diagnósticos

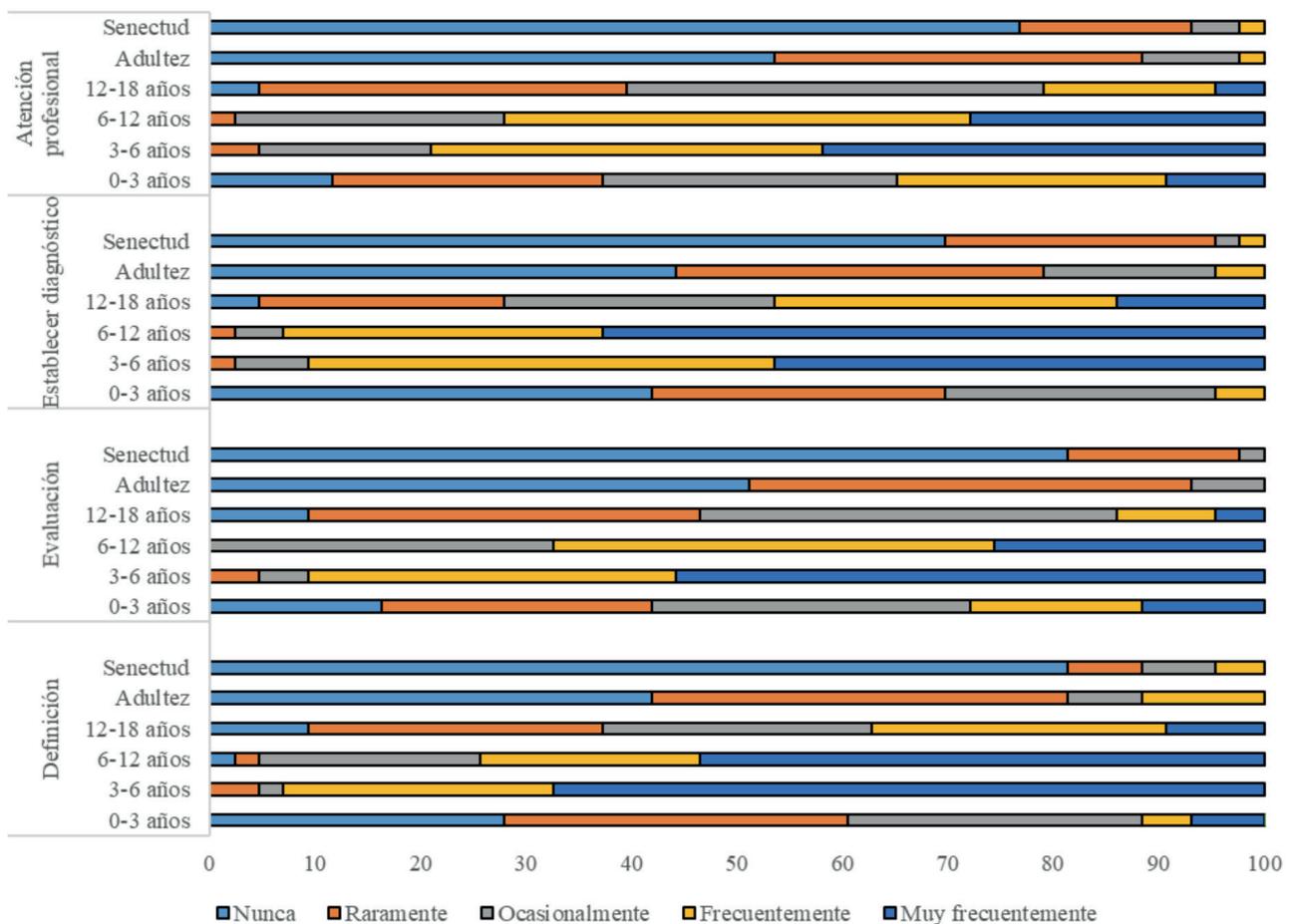
Los **criterios de inclusión** que las personas participantes consideran que se utilizan en su país para el diagnóstico fueron, de mayor a menor, las dificultades del lenguaje que interfieren en el día a día del niño o la niña a nivel emocional, social y/o académico (72,1% de las respuestas), la discrepancia entre la edad cronológica y la edad lingüística de un mínimo de 1 año de retraso del lenguaje (41,9% de las respuestas) y la discrepancia entre la edad cronológica y la edad lingüística de un mínimo de 2 años de retraso del lenguaje (25,6% de las respuestas).

Por otro lado, los **criterios de exclusión** que las personas informantes consideran que se usan en el diagnóstico fueron, de mayor a menor, la pérdida auditiva (83,70% de las respuestas), la presencia de una lesión cerebral (72,10% de las respuestas), la presencia de dificultad cognitiva (65,10% de las respuestas), la presencia de una afectación neurológica (62,80% de las respuestas), la presencia de problemas psicopatológicos (58,10% de las respuestas), estar asociado a otros trastornos (58,10% de las respuestas), la presencia de dificultad sensoriomotora (41,90% de las respuestas), la presencia de dificultad social (27,90% de las respuestas) y la presencia de dificultad emocional (25,60% de las respuestas).

Los resultados mostraron que, según la opinión de las personas participantes, las áreas del lenguaje más frecuentes **que se evalúan para el diagnóstico** son, de mayor a menor, la sintaxis (100% de las respuestas), la morfología (97,7% de las respuestas), el léxico y la comprensión (95,30% de las respuestas), la semántica y la fonología (93% de las respuestas), la expresión (90,7% de las respuestas), la pragmática (79,1% de las respuestas) y la narración (72,1% de las respuestas).

Por otro lado, los **puntos de corte** utilizados para el diagnóstico en las pruebas de lenguaje según el reporte de la muestra de este estudio y que más frecuencia de respuesta obtuvieron fueron, de mayor a menor, 1,5 desviaciones estándar por debajo (34,9% de las respuestas), 1,25 desviaciones estándar por debajo (16,30% de las respuestas) y 1 desviación estándar por debajo (2,30% de las respuestas). Por su parte, los **puntos de corte** para el diagnóstico en las pruebas de cognición que obtuvieron mayor frecuencia fueron, de mayor a menor, el coeficiente intelectual no verbal de +85 (39,50 % de las respuestas), +80 (18,60% de las respuestas), +75 (11,60% de las respuestas) y +70 (7% de las respuestas). En cambio, la opinión sobre el uso de **discrepancia entre cognición verbal y no verbal** solo obtuvo un 44,2% de respuestas afirmativas y 48,7% de negativas.

Las edades en las que se percibe que se establece la **etiqueta diagnóstica** y que obtuvieron frecuencias altas superiores al 90% fueron las franjas de edad de 3 a 6 años y de 6 a 12 años y superiores al 45% la franja de 12 a 18 años. En sentido contrario, las franjas de edad con frecuencias más bajas fueron superiores al 60% para la franja de 0 a 3 años, superiores al 70% para la adultez y superiores al 90% para la senectud. Las frecuencias obtenidas respecto a la etiqueta diagnóstica de la población se pueden ver en la Figura 5. En el anexo 5 se aportan las frecuencias específicas para los diferentes niveles de respuesta.



**Figura 5.** Porcentajes de respuesta sobre las franjas de edad en las que se incluye la población en la definición y conceptualización, en la evaluación, en el establecimiento de la etiqueta diagnóstica y en la atención profesional.

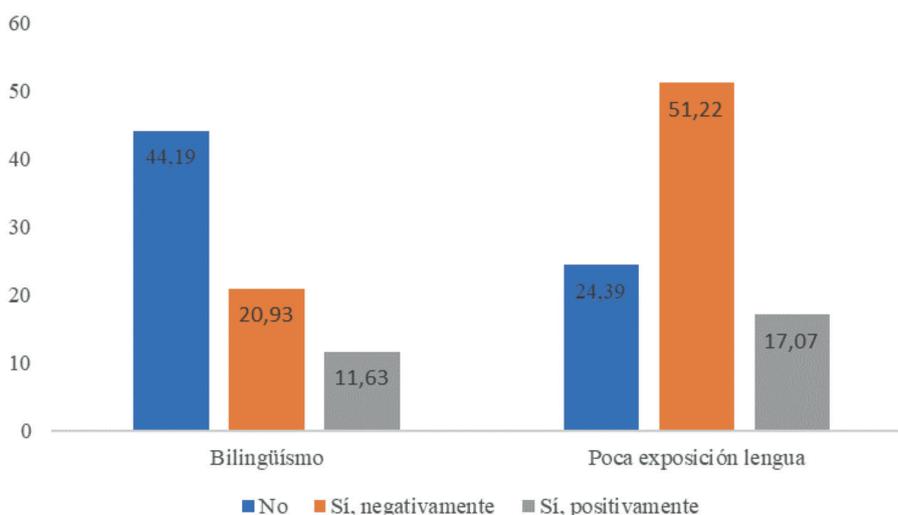
En relación con la opinión sobre si la prevalencia de la patología del 7% se corresponde con la prevalencia de su país, las expertas y los expertos contestaron que sí el 53,50%, el 9,30% consideraron que se detectan menos casos y el 7% que se detectan más casos. Finalmente, según las opiniones de las personas participantes sobre la existencia de infradiagnóstico o sobrediagnóstico de la patología en su país, las frecuencias se distribuyen en que existe **infradiagnóstico** (53,48% de las respuestas), **sobrediagnóstico** (23,26% de las respuestas) y no saben (6,98% de las respuestas).

### Multilingüismo

El 60,46% de las personas participantes indicaron que consideran que en su país no existen **criterios específicos para el diagnóstico de la población de estudio en población bilingüe y multilingüe**, el 16,28% respondió que no sabía si existían dichos criterios y quienes respondieron positivamente (16,28%) opinaron que la evaluación debe ser bilingüe, que se deben detectar dificultades de adquisición en todas las lenguas y que se deben intentar adecuar las consignas y los estímulos de los instrumentos de evaluación. El resto no respondió a la pregunta (4,65%).

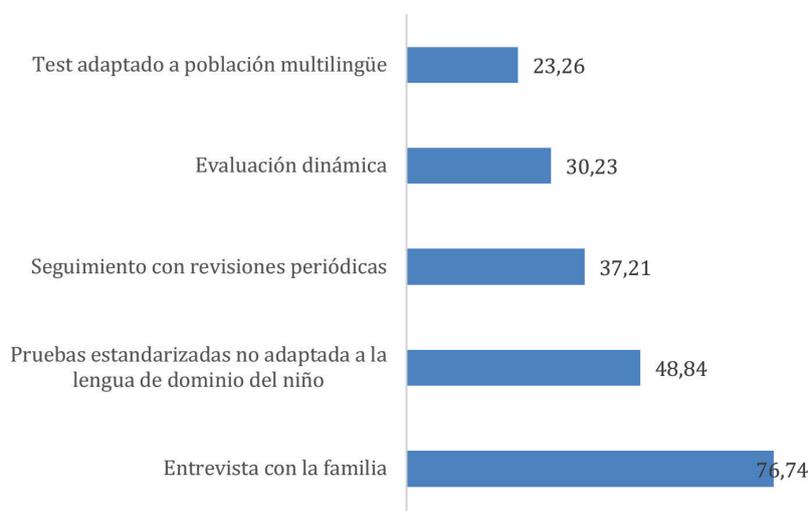
Una mayoría indicaron que, según su conocimiento, no existen pruebas de **evaluación estandarizadas en todas las lenguas** de su país (No = 77,5%; Sí = 22,5 %).

Las expertas y los expertos informantes consideraron con frecuencias superiores que en sus países el **bilingüismo/multilingüismo** no tiene **influencia en la patología** respecto a las respuestas que consideran que tiene una influencia negativa o positiva. Sin embargo, en los casos de **niños y niñas con poca exposición a la lengua del contexto**, la mayoría de las respuestas mostraron que se considera que sí puede influenciar negativamente frente al porcentaje de respuestas que consideran que no influye o que influye positivamente (Ver figura 6).



**Figura 6.** Porcentajes de respuesta sobre la influencia del bilingüismo/multilingüismo y la falta de exposición de la lengua del contexto en la población.

Las **estrategias de evaluación** reportadas que se considera que se llevan a cabo en caso de tener la necesidad de evaluar **población bilingüe/multilingüe o que habla otras lenguas diferentes a las del contexto** fueron, de mayor a menor, entrevistas con la familia, pruebas no adaptadas a la lengua de dominio del niño o la niña, seguimiento con revisiones periódicas y evaluación dinámica (Ver Figura 7).



**Figura 7.** Porcentajes de respuesta sobre el uso de estrategias de evaluación para evaluar a población bilingüe/multilingüe.

## Legislación, normativas y políticas

Respecto a la opinión sobre si **existe una legislación, normativa o política específica** que regule la evaluación y atención de las personas que tienen este trastorno contestaron que sí el 39,54% de las y los participantes, que no el 39,54% y el 4,65% no sabía o no contestó. Para las respuestas positivas se identificó que se indicaron legislaciones genéricas como “Ley de discapacidad” (Argentina), “ORDEN 20/2019, de 30 de abril, de la Consejería de Educación, Investigación, Cultura y Deporte, por la cual se regula la organización de la respuesta educativa para la inclusión del alumnado en los centros docentes sostenidos con fondos públicos del sistema educativo valenciano” (España) o “IDEA, The Individuals with Disabilities Education Act” (USA) y otras más específicas como es el caso de Chile en que se indica el “Decreto 1300/2002: Aprueba Planes y Programas de Estudio para alumnos con Trastornos Específicos de Lenguaje.”

## Atención profesional

Finalmente, y con relación al último bloque, el 97,67% de las personas participantes contestaron que **el perfil profesional que realiza actualmente la evaluación y el diagnóstico** es de la logopedia/fonoaudiología, el 20,93% de la psicología, un 11,63% de la pediatría y 9,30% de la pedagogía. En un 46,51% de las respuestas se respondió que se realizan evaluaciones interdisciplinarias y en un 32,56% que estas son realizadas por un/a único/a profesional.

Las respuestas en relación con la **atención y tratamiento de la población** obtuvieron frecuencias altas en torno al 70% para las franjas de edad de 3 a 6 años y de 6 a 12 años. La franja de edad de 0 a 3 años muestra una distribución similar entre los niveles de respuesta altos (superior al 30% de las respuestas), bajos (superior al 30% de las respuestas) y el intermedio (superior al 20% de las respuestas). En sentido contrario, las franjas de edad con frecuencias más bajas son aproximadamente el 40% para la franja de 12 a 18 años, superiores al 80% para la adultez y superiores al 90% para la senectud. Ver frecuencias en las que se establece la etiqueta diagnóstica de la población en la Figura 5. En el anexo 5 se aportan las frecuencias específicas para los diferentes niveles de respuesta.

Respecto a la información sobre si existen **asociaciones de familiares** de las personas que tienen este trastorno contestaron que sí un 46,51% y que no un 53,49% de las y los participantes. Con relación a la existencia de un **día de sensibilización** para esta población el 41,86% contestaron explícitamente que sí, el 25,58% contestaron que no, el 4,65% especificaron explícitamente su desconocimiento sobre el tema y el 27,91% no respondieron. Las fechas indicadas para este día fueron el 30 de septiembre ( $n = 13$ ), que es el Día internacional de la concienciación sobre el trastorno específico del lenguaje y el 18 de octubre ( $n = 1$ ).

## Conclusiones

El presente estudio analiza la apreciaciones y opiniones de personas expertas sobre el uso actual de la conceptualización de la patología comúnmente llamada trastorno específico del lenguaje, los usos de etiqueta/s diagnóstica/s más frecuentes, los criterios de evaluación y diagnóstico utilizados, la situación de multilingüismo, la atención profesional y las políticas legales influyentes en diferentes países de habla hispana. La etiqueta diagnóstica mayoritariamente utilizada según la opinión de las personas informantes es la de *trastorno específico del lenguaje*. Sin embargo, el uso del término *trastorno del desarrollo del lenguaje* que deriva del estudio llevado a cabo en el ámbito angloparlante (Bishop et al., 2017) es la segunda opción con más reportada. Como la distribución de las personas informantes varían entre los diferentes países deben tomarse todas las etiquetas diagnósticas como una muestra de la diversidad terminológica que actualmente se utiliza. Esta variación muestra la necesidad de llegar a un acuerdo sobre si se opta por una u otra terminología en contexto hispanohablante, puesto que, actualmente, aunque el uso de TEL es mayor, el de TDL está avanzando y conviven las dos terminologías lo que puede llevar a confusiones y malentendidos entre profesionales y también en las familias. Además, aunque TEL y TDL son las dos etiquetas que más respuestas obtuvieron, los resultados también muestran que estas aún conviven con una gran variedad de otras etiquetas para denominar esta población (p.ej., *disfasia*, *retraso del lenguaje*, *trastorno del lenguaje*, ver figura 1) y que estas etiquetas difieren según el contexto (clínico, familiar, educativo, de investigación). Estos resultados van en la línea del estudio de Bishop (2014) en el que recogió una gran diversidad de etiquetas diagnósticas utilizadas en diferentes estudios de investigación para referirse a la población de estudio y que la motivó a trabajar en la elaboración de los estudios de consenso CATALISE (Bishop et al., 2016; 2017).

La información que aportan las y los participantes sobre el estado de la conceptualización en su país indica que se considera que el trastorno se presenta sobre todo en las edades de los 3 a los 12 años. Por otro lado, hay un amplio uso de la conceptualización del trastorno como primario y persistente. Respecto a las áreas de afectación del trastorno, la mayoría comparten que en sus países se considera que se encuentran afectadas la comprensión y expresión del lenguaje y los componentes de la sintaxis, la morfología, el léxico y la semántica, la fonología y la narración. Sin embargo, la afectación en pragmática y la comunicación no presenta este amplio nivel de respuesta. En este sentido, la afectación del componente pragmático en esta población se ha considerado como una afectación más que puede ser parte del perfil de algunas niñas y algunos niños que presentan el trastorno (p.ej. en la Clasificación Internacional de

Enfermedades 11ª revisión; CIE-11, 2019) y en otros se ha considerado un trastorno diferenciado (p.ej. en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales; DSM-V, 2013) (ver Andreu et al., 2021). En el consenso del consorcio CATALISE se considera un componente más del lenguaje que se puede ver afectado en esta población. Así, estos resultados también nos muestran la necesidad de debatir este aspecto en el contexto hispanohablante.

Los resultados muestran que también se considera que el trastorno se relaciona con la afectación en otras habilidades y áreas del desarrollo como la lectura y la escritura, el rendimiento escolar, la memoria, las funciones ejecutivas y la atención, las emociones y las relaciones sociales. En los últimos años, muchos estudios han demostrado que el trastorno se asocia con problemas en estas áreas. Respecto al desempeño escolar, el alumnado con TEL muestra problemas en el rendimiento académico (Aguilar-Mediavilla et al., 2019; Durkin et al., 2015). De este modo, se ha demostrado que aproximadamente el 50% tienen alteraciones significativas de la lectura (Bishop et al., 2017, Ramus et al., 2013; Sanz-Torrent et al., 2010) y en escritura (Mackie y Dockrell, 2004). Con respecto a los procesos cognitivos, se han reportado dificultades en la memoria de trabajo fonológica (Archibald y Gathercole, 2006; Gathercole et al., 1994; Estes et al., 2007; Ellis Weismer et al., 1999, Montgomery, 2003), dificultades de atención con niveles más bajos en control atencional y atención sostenida (Ebert et al., 2019; Finneran et al., 2009; Spaulding et al., 2008) y en funciones ejecutivas (Acosta et al., 2017; Bishop y Norbury, 2005; Marton et al., 2007; Marton, 2008; Henry et al., 2012; Quintero et al., 2013). Respecto a los problemas a nivel emocional, Yew y O’Kearney’s (2013) mostraron que la población con TEL es aproximadamente dos veces más propensa a tener problemas emocionales internalizantes y externalizantes y a tener síntomas relacionados con el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) que la población con desarrollo típico. En el ámbito hispanohablante, Carmona-Vázquez et al. (2014) mostraron una comorbilidad del 18 % entre el TDAH y el TEL. De forma similar, Ygual-Fernández et al. (2000) encontraron que la población con TEL presenta rasgos de TDAH de tipo inatento, pero no de tipo hiperactivo. Finalmente, Maggio et al. (2014) mostraron que, en niños y niñas de Argentina con TEL, el aislamiento social era la afectación más frecuente que se encontró en edad preescolar y los problemas de ansiedad o depresión y sociales eran los más frecuentes en la educación primaria. Además, el 54% presentaba problemas de comportamiento. Todos estos hallazgos han profundizado la controversia sobre la adecuación del adjetivo *específico* de la nomenclatura TEL que también se consideró problemático en el comité de expertos y expertas de AELFA-IF (Aguado et al., 2015). Claramente se constata que hay una tendencia a la superación de la especificidad del trastorno solo circunscrita al lenguaje. Esto tiene grandes implicaciones clínicas y educativas, especialmente a nivel de evaluación y tratamiento, puesto que las áreas de valoración y de intervención deberían ser mucho más amplias que estar solo circunscritas al área lingüística.

Respecto a la evaluación, las estrategias y herramientas diagnósticas reportadas que se considera que se utilizan para la evaluación de la patología son fundamentalmente pruebas estandarizadas, criterios evolutivos, registros observacionales y perfiles del lenguaje. Se reportaron una gran variedad de pruebas, tests y herramientas de evaluación que varían tanto por estar o no estandarizadas como por los componentes que evalúan (ver anexo 4). Los resultados muestran la necesidad de disponer de unos criterios claros sobre las características de las pruebas que se deben emplear teniendo en cuenta las características específicas lingüísticas (fonología, morfosintaxis, etc.) y contextuales del aprendizaje y uso del español, así como una recomendación sobre las principales a utilizar. Aguado et al. (2015) propusieron basar el diagnóstico, sin excluir medidas cualitativas y análisis de muestras de lenguaje, en la edición española del *Clinical Evaluation of Language Fundamentals 4* (Semel et al., 2006; CELF-4). Sin embargo, esta versión estaba baremada solamente con la población hispana de los Estados Unidos y hoy en día ya se ha publicado el CELF-5 (Wiig et al., 2018) que se ha baremado con población del estado español. Además, en algunos países como Chile, las pruebas que se deben utilizar para establecer el diagnóstico están establecidas por una regulación legislativa. Por otro lado, respecto a las franjas de edad en las que se considera que se realiza la evaluación de la población, las respuestas de la muestra del estudio sitúan sobre todo entre los 3 y los 6 años y también, pero en menor grado, entre los 6 y los 12 años. Aunque el estudio sobre la fiabilidad y la adecuación de las pruebas de evaluación estandarizada para el uso del diagnóstico de la población de estudio es un análisis que queda fuera del presente estudio, es un aspecto que se deberá considerar en los espacios de discusión y consenso sobre el proceso de evaluación.

Respecto al diagnóstico, los criterios de inclusión que recibieron un mayor porcentaje de respuestas fueron las dificultades del lenguaje que interfieren en el día a día del niño o la niña a nivel emocional, social y/o académico, aspecto que coincide con la definición propuesta por Bishop et al. (2016, 2017). Por tanto, se destaca un enfoque que tiene en cuenta las consecuencias de la patología más allá de las consecuencias estrictamente formales y circunscritas al lenguaje. Por su parte, los criterios de exclusión que las y los participantes reportaron que creen que se usan con mayor frecuencia son los comúnmente usados en la literatura: la pérdida auditiva, la ausencia de lesión cerebral, la ausencia de dificultad cognitiva y la ausencia de una afectación neurológica. Las áreas del lenguaje que con mayor frecuencia se reportaron que se evalúan para el diagnóstico son, de mayor a menor, la sintaxis, la morfología, el léxico y la comprensión, la semántica y la fonología, la expresión, la pragmática y la narración. Este aspecto también se necesitaría una mayor profundización en el futuro para ajustar bien las áreas de evaluación a las características concretas de nuestra población.

Los resultados muestran que, para determinar el diagnóstico a través de pruebas estandarizadas de evaluación del lenguaje, se reportó que se utilizan puntos de corte, sin embargo, existe una gran disparidad en el valor del punto corte utilizado, siendo el que recibió más respuestas 1,5 DE por debajo de la media. Por su parte, el punto de corte en las pruebas de cognición que se considera que se usa más es el CINV mayor a 85, también con una gran polarización sobre el uso de discrepancia entre cognición verbal y no verbal para el diagnóstico. La discusión sobre

el uso de puntos de corte en las evaluaciones del lenguaje y el CINV fue también un aspecto controvertido en el consenso CATALISE en el que se decidió no establecer un punto de corte concreto en las habilidades del lenguaje ni en la discrepancia entre CINV y habilidades del lenguaje. Esta decisión va en línea de las evidencias recientes que muestran perfiles de lenguaje similares entre población infantil con nivel CINV medio y población infantil con CINV medio-bajo (Norbury et al., 2016; Reilly et al., 2014) y que motivan una evaluación funcional de las habilidades lingüísticas que focalice el diagnóstico más en el impacto que las dificultades de la comunicación y del lenguaje tienen en la vida diaria (a nivel social, emocional y académico) del niño o la niña. En relación con el CINV, en el proyecto CATALISE se determinó que el punto de corte se debía bajar hasta un mínimo de una puntuación típica de 70 teniendo en cuenta también la valoración de las habilidades adaptativas para descartar discapacidad intelectual. En contexto hispanohablante las indicaciones de Aguado et al. (2015) propusieron bajar el punto de corte, que previamente era de 85, hasta un mínimo de 75 en la puntuación típica del CINV, además de determinar el punto de corte en 1,5 DE por debajo de la media en las habilidades lingüísticas, hecho que puede haber influido en el uso generalizado.

El establecimiento de un punto de corte respecto a la capacidad cognitiva que rebaja el cociente intelectual mínimo en población TEL al punto de corte de la discapacidad intelectual, es decir, a una puntuación de 70, evita que queden niños y niñas en un limbo diagnóstico debido a que los perfiles entre 70 y 85 no podían incluirse en el diagnóstico de discapacidad intelectual ni el de trastorno específico del lenguaje. Por otro lado, el hecho de sustituir el punto de corte del nivel lingüístico en el diagnóstico para establecer un criterio funcional responde a la necesidad de analizar el efecto que las dificultades del lenguaje tienen en cada niño/a particular y su interferencia en su vida diaria. Este es uno de los elementos clave de la nueva concepción a discutir en profundidad en el futuro tanto para decidir si se asume esta postura como, en caso de hacerlo, para poder establecer unos criterios operativos para medir el grado del impacto funcional que los problemas de lenguaje tienen en el desarrollo social, emocional y escolar.

Con relación al establecimiento de la etiqueta diagnóstica en el país de las y los participantes, la gran mayoría reporta que creen que se establece entre los 3 y 12 años y en menor grado entre los 12 a 18 años. En cambio, creen que hay un menor uso del diagnóstico entre los 0-3 años, en la adultez y en la senectud. Estos resultados contrastan con los resultados previos en los que se caracteriza a la población de estudio por tener un trastorno persistente. Seguramente, el hecho de ser un trastorno que se origina en la infancia y tenga una incidencia fundamental en el rendimiento escolar provoca que no se visualice tanto su permanencia una vez superada la escolarización obligatoria. Además, los estudios en población adolescente y adulta con este trastorno son escasos y se conoce poco su impacto. Estos resultados nos obligan a estar alerta sobre si la idea generalizada de que el diagnóstico no se puede emitir hasta los 5 años de edad proveniente de Rapin y Allen, (1983, 1987) repercute negativamente en la atención necesaria que debe recibir la población infantil en etapas más tempranas cuando ya ha mostrado dificultades del lenguaje oral. En este sentido, es necesario trabajar para que se encuentren los criterios diagnósticos eficaces para detectar aquellos niños y aquellas niñas que en edades tempranas de 2-3 años según propone CATALISE cuando ya muestran dificultades del lenguaje con mal pronóstico.

Con relación a los factores de riesgo para presentar la patología, el principal factor de riesgo, con una mayor frecuencia de respuesta, es el hecho de presentar antecedentes familiares con dificultades del lenguaje. Así mismo, otro factor a estudiar con más profundidad es el impacto del nivel socioeconómico en el desarrollo del lenguaje (Hoff-Ginsberg, 1998). Está claro que las características demográficas y socioeconómicas de los países de habla hispana, aunque difieren entre ellos, son bastante distantes de las características del ámbito anglosajón<sup>7</sup> y es necesaria una profundización sobre cómo estas variables impactan en el trastorno. En este estudio, hay resultados mixtos respecto al nivel socioeconómico bajo. Por una parte, la gran mayoría ha contestado que no hay más incidencia del trastorno en contextos socioeconómicos bajos y medio-bajos, pero por otro se ha destacado como un importante factor de riesgo. Estas discrepancias en las respuestas se pueden dar por el hecho de estar considerando los factores de riesgo como aislados entre ellos. Considerar por sí solo vivir en contexto socioeconómico bajo como un factor de riesgo del TEL puede percibirse como estigmatizante hacia aquellas familias más vulnerables. En este sentido, hay que tener en cuenta el peso que tiene la heredabilidad en el TEL para valorar factores de riesgo ambientales como el nivel socioeconómico, la educación de la madre y el padre y la interacción de las familias con los hijos y las hijas. El hecho de que un padre o una madre tenga dificultades de comunicación y lenguaje puede generar que haya más probabilidades de tener niveles educativos más bajos y, por lo tanto, unas perspectivas ocupacionales más limitadas (y en consecuencia menos ingresos). A la vez, las interacciones lingüísticas en casa también pueden verse afectadas por estas situaciones desfavorables. Así, se debe tomar en consideración que la relación entre las variables ambientales y las dificultades del lenguaje pueden estar mediadas por los factores genéticos del trastorno. Tomando en conjunto las respuestas relativas a los factores de riesgo, la heredabilidad del trastorno por una parte y/o el ambiente y nivel socioeconómico familiar, por otro, así como, pertenecer a un grupo con poca exposición a la lengua del país (otro de los factores altamente reportado) son factores importantes para la detección y tratamiento precoz. Sin embargo, consideramos que no se debe mezclar las posibles causas ni el diagnóstico. Los primeros son factores de riesgo del TEL, pero el hecho de no estar familiarizado con la lengua

<sup>7</sup> Excepto quizá en el ámbito hispanohablante de EEUU. De todas formas, aun compartiendo un contexto común, existen muchos contrastes socioeconómicos en función del grupo de pertenencia.

no significa tener trastorno en la lengua propia (u otras lenguas) si no solo en la adquisición de la segunda lengua con poca exposición.

Finalmente, otro factor de riesgo reportado ha sido pertenecer al sexo masculino. Aunque diferentes estudios demuestran que ser del sexo masculino se considera un factor de riesgo del TEL (Chaimay et al., 2006; Rudolph, 2017), los dos grandes estudios epidemiológicos más recientes (Tomblin et al., 1997; Norbury et al. 2016) indican que la presencia del trastorno se encuentra en cantidades comparables en los niños y en las niñas (ratios de 1,33 o 1,22 niños por 1 niña). Aun así, hay diferentes hipótesis biológicas relacionadas con el sexo masculino (como por ejemplo las diferencias hormonales; Knickmeyer y Baron-Cohen, 2006) que podrían explicar más dificultades y más presencia de trastornos del lenguaje en niños que en niñas. Hay que tener en cuenta, sin embargo, que este tipo de hipótesis no han sido probadas con población con TEL; por lo tanto, todavía no se dispone de conclusiones firmes. Aunque la prevalencia del TEL parece ser similar entre niños y niñas, la provisión de servicios de intervención no lo es ya que las logopedas suelen atender más niños que niñas (Zhang y Tomblin, 2000). En este sentido consideramos importante que en la discusión sobre la detección de los niños y las niñas con TEL en el contexto hispanohablante también se consideren aquellos aspectos educativos y sociales que también pueden estar influyendo en la detección de la población infantil con TEL según el sexo y analizar las desigualdades generadas por los estereotipos sexistas que se podrían estar traduciendo en un infradiagnóstico de las niñas.

Además, los indicadores precoces de un mal pronóstico son sobre todo la detección tardía y las dificultades de comprensión. En el proyecto CATALISE se acordaron un conjunto de señales de alerta para identificar aquellos niños y aquellas niñas con mayor probabilidad de desarrollar trastornos del lenguaje para adoptar una atención de *espera vigilante* (ir evaluando la evolución del lenguaje en períodos relativamente cortos de tiempo) y se estableció la posibilidad de diagnosticar a quienes tengan 2 y 3 años y que cumplan unos criterios específicos que indican un mal pronóstico (presencia de dificultades de comprensión, ausencia o poco uso de gestos y tener antecedentes familiares con dificultades del lenguaje). En definitiva, estos aspectos sobre la identificación, evaluación e intervención en edades tempranas resulta ser un aspecto que necesita ser abordado en nuestro contexto para asegurar la atención adecuada desde el nacimiento. En general, hay una percepción que la prevalencia de la patología se sitúa alrededor del 7% tal y como indican los estudios en población angloparlante (Tomblin et al., 1997; Norbury et al., 2016). Sin embargo, en el ámbito hispanohablante no hay ningún estudio epistemológico de la población en general, aunque la incidencia se ha situado en el 4% en población infantil de entre 3 y 7 años que asisten a control de salud en un consultorio de atención primaria de Chile (De Barbieri et al., 1999). Sería conveniente que se lleve a cabo un estudio epidemiológico en población hispanohablante para poder contrastar estas cifras. Por otro lado, la mayoría de las personas que participaron en el estudio consideran que en su país hay un infradiagnóstico de la población infantil con dificultades del lenguaje oral. Por tanto, será necesario establecer propuestas y acciones para minimizar al máximo ese infradiagnóstico.

Otra característica propia de muchos de los países hispanohablantes es el hecho que el español convive con otras lenguas y se producen múltiples formas de bilingüismo simultáneo y sucesivo. Diferentes estudios han mostrado que las dificultades de los niños y las niñas con TEL bilingües se manifiestan en todas sus lenguas (Ebert, et al., 2014) y que los errores que cometen son similares a la población infantil monolingüe con TEL (Jacobson y Schwartz, 2005). Sin embargo, la mayor parte de las y los participantes indicaron que creen que no existen criterios específicos para el diagnóstico de la población de estudio en población bi/multilingüe, ni tampoco pruebas de evaluación estandarizadas en todas las lenguas de su país. También consideraron que el bilingüismo/multilingüismo no tiene influencia en la aparición de la patología, aunque en los casos de poca exposición a la lengua del contexto, la mayoría de las respuestas consideraron que sí que puede influenciar negativamente. La detección y evaluación del lenguaje en niños/as bi/multilingües es uno de los retos actuales que preocupan más en nuestro ámbito y consideramos que desde el ámbito de la investigación y la práctica en el contexto hispanohablante tenemos mucho que aportar. La lengua propia y las lenguas de contacto, su exposición y uso pueden tener un alto impacto en el trastorno y en su desarrollo. Es, por ello, muy necesario establecer criterios y seleccionar posibles herramientas para diferenciar las dificultades en la adquisición del lenguaje debido a presentar un trastorno del que es causado por la falta de exposición a la lengua del contexto (el caso de población infantil inmigrante que su primera lengua es diferente a la/s predominante/s en la comunidad de acogida).

Respecto la figura profesional que realiza la evaluación y el diagnóstico, la mayoría contestaron que creen que es el/la logopeda/fonoaudiólogo/a seguido de psicólogo/a y que la atención y el tratamiento la reciben sobre todo personas de edades de entre los 3 y los 12 años. Finalmente, respecto a si existe una legislación, normativa o política específica que regule la evaluación y atención de las personas que tienen este trastorno los resultados están muy polarizados, por tanto, en algunos países se reporta que sí que existe un marco legal y en otros no. En este sentido, sería conveniente considerar acciones de visualización y de análisis de las necesidades de atención de estos niños y niñas con dificultades, especialmente en los países donde no existen normativas ni políticas que las tengan en consideración.

A modo de conclusión, queremos señalar que la principal fortaleza del estudio es que muestra una visión general sobre la opinión de la situación de las dificultades del desarrollo del lenguaje oral en diferentes países hispanohablantes respecto a su terminología, concepción, detección, evaluación, situación del multilingüismo, marco legal y profesionales que los atienden. El artículo es, desde nuestro conocimiento, el primero que analiza estos factores con la participación de personas expertas de un número tan diverso de países.

## Limitaciones

Por otro lado, este estudio tiene la limitación inherente al uso de cuestionarios que impide una reflexión más profunda de algunos aspectos o matizaciones de algunas preguntas y/o respuestas. Otra limitación es el número de informantes que no es muy elevado. Además, se cuenta con una heterogeneidad en la representación de informantes de los diferentes países que se explica por el número de habitantes de los diferentes países y la tradición en el estudio y la atención a la población con este trastorno. Es por ello por lo que en la realización del posible futuro Delphi se intentará tener una representatividad más homogénea de los diferentes países. Sin embargo, consideramos que sí ha sido suficientemente diverso tanto a nivel profesional como geográficamente para poder captar las principales opiniones técnicas de las personas informantes clave y las peculiaridades de diferentes países hispanohablantes.

## Futuras investigaciones

Esperamos que este estudio sea un buen punto de partida para futuras investigaciones que trabajen por una aproximación a un marco de consenso común mediante un estudio basado en la metodología Delphi como se llevó a cabo en el contexto anglosajón o para la discusión en diferentes foros de profesionales e investigadoras e investigadores en los cuales se podrá ahondar más en estos aspectos a partir del estado de la cuestión aquí expuesto. En este sentido existen algunas tentativas de estudios para llegar a consensos con relación a las dificultades del lenguaje en contexto hispano como el estudio de Barragan-Perez et al. (2021). Aunque este estudio no cubre la idea del futuro estudio Delphi que planteamos en el presente estudio también está basado en una metodología de discusión y acuerdo de profesionales que se centra en establecer criterios sobre la definición y el diagnóstico diferencial entre TDL y TEA. De hecho, solo el 11,8% de las personas que participaron en el estudio se reconocen como personas expertas en el TDL.

## Implicaciones del estudio para la investigación y la clínica

Esta primera descripción puede servir como base para motivar la realización de un espacio de discusión y consenso sobre un marco común para trabajar conjuntamente en el ámbito científico y práctico y atender con las máximas garantías a la población que presenta un trastorno del lenguaje oral que interfiere en su día a día. Es necesario ajustar el conocimiento sobre el trastorno y nuestras prácticas a las características tipológicas de la lengua, por una parte y a las realidades sociolingüísticas y contextuales hispanohablantes. Finalmente, esperamos que este estudio ayude también a dar más visibilización del trastorno en una sociedad que aún no lo conoce suficiente y motivar a la elaboración de políticas que apliquen las administraciones en la provisión de recursos para su atención.

## Bibliografía

- Acosta Rodríguez, V., Santana, G. R., y Expósito, S. H. (2017). Funciones ejecutivas y lenguaje en subtipos de niños con trastorno específico del lenguaje. *Neurología*, 32(6), 355-362. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.018>
- Aguado, G. (2017) (7ª eds). *El desarrollo de la morfosintaxis en el niño. Manual de Evaluación del TSA, 1, 2*. CEPE
- Aguado, G., Coloma, C. J., Martínez, A. B., Mendoza, E., Montes, A., Navarro, R., y Serra, M. (2015). Documento de consenso elaborado por el comité de expertos en TEL sobre el diagnóstico del trastorno. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 35(4), 147-149. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2015.06.004>
- Aguinaga, G., Armentia, M. L., Fraile, A., Olangua, P., y Úriz, N. (2005). *Prueba de Lenguaje Oral de Navarra-Revisada (PLON-R)*. TEA
- Aguilar-Mediavilla, E., Buil-Legaz, L., López-Penadés, R., Sánchez-Azanza, V. A., y Adrover-Roig, D. (2019). Academic Outcomes in Bilingual Children With Developmental Language Disorder: A Longitudinal Study. *Frontiers in Psychology*, 10, 531. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00531>
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V (5a ed.)*. Editorial Médica Panamericana
- Anderson, R. T. (2001). Learning an invented inflectional morpheme in Spanish by children with typical language skills and with specific language impairment (SLI). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36(1) 1-19. <https://doi.org/10.1080/13682820118926>
- Anderson, R. y Souto, S. (2005). The use of articles by monolingual Puerto Rican Spanish-speaking children with specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 26(4), 621-647. <https://doi.org/10.1017/S0142716405050332>
- Andreu, L., Ahufinger, N., Igualada, A., y Sanz-Torrent, M. (2021). Descripción del cambio del TEL al TDL en contexto angloparlante. *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(Núm. Especial), 9-20. <https://doi.org/10.5209/rlog.70857>
- Archibald, L. M. D., y Gathercole, S. E. (2006). Short-term and working memory in specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41(6), 675-93. <https://doi.org/10.1080/13682820500442602>
- Auza, A., y Morgan, G. (2013). The use of prepositions in storytelling: Comparison between Spanish speaking children with and without language impairment. *Infancia y Aprendizaje*, 36(1), 35-49. <https://doi.org/10.1174/021037013804826573>
- Auza, A., Murata, C., Márquez, M. E., y Morgan, G. (2018). *Tamiz de Problemas de Lenguaje TPL*. Manual Moderno

- Ballesteros, S., y Cordero, A. (2011). *Adaptación española del ITPA, Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas*. TEA
- Barragan-Perez, E., Alvarez-Amado, D., García-Beristain, J.C., Garfias-Rau, C., Peinador Oliva, M., Ladrón de Guevara, M., Acevedo Betancourt, A., y Chapa Koloffon, G. (2021). Midiendo el espectro: De los trastornos del lenguaje a los trastornos del espectro autista: Consenso Latinoamericano Delphi Modificado, *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 112-127. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.012>
- Bedore, L., y Leonard, L. (2001). Grammatical morphology deficits in Spanish-speaking children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 44, 905-924. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2001/072\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2001/072))
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14. <https://doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001>
- Bishop, D. (2003). *Children's Communication Checklist (CCC-2)*. Pearson
- Bishop, D.V.M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381-415. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.1210>
- Bishop, D. V. M. (2020). Developmental language disorder: The term is not confined to monolingual children. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* 5(3), 572-572. [https://doi.org/10.1044/2020\\_PERSP-20-00061](https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00061)
- Bishop, D. V. M. y Norbury, C. F. (2005). Executive functions in children with communication impairments, in relation to autistic symptomatology 2: Response inhibition. *Autism*, 9(1), 29-43. <https://doi.org/10.1177/1362361305049027>
- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. y 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. y CATALISE 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>
- Bzoch, K. R., League, R., y Brown, V. L. (2003). *Receptive-expressive emergent language test third edition (REEL-3)*. Pearson
- Campos, A., y Halliday, L. F. (2020). Implicancias del cambio terminológico: de "Trastorno Específico del Lenguaje" a "Trastorno del Desarrollo del Lenguaje". *Revista Digital EOS Perú*, 8(2), 79-90. Recuperado a partir de <http://www.revistaeos.net.pe/index.php/revistadigitaleos/article/view/44>
- Carmona-Vázquez, C. R., Peña-Landín, D. M., Cornelio-Nieto, J. O., y Borbolla-Sala, M. E. (2014). Hallazgos en resonancia magnética cerebral en veinte pacientes pediátricos con trastorno específico del lenguaje. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 15(5), 251-258.
- Catanzaro, M. (1988). Using Qualitative Analytical Techniques. En N. Woods y M. Catanzaro (Eds.), *Nursing Research: Theory and Practice* (pp. 437-456). Mosby Incorporated
- Chaimay, B., Thinkhamrop, B., y Thinkhamrop, J. (2006). Risk factors associated with language development problems in childhood—a literature review. *Journal-Medical Association Of Thailand*, 89(7), 1080-1086. <https://doi.org/10.1177/0009922817720961>
- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E. y Arribas, D. (2014). *PROLEC-R: batería de evaluación de los procesos lectores, Revisada*. TEA ediciones.
- Cuetos, F., Rodríguez, B., Ramos, J.L., y Ruano, E. (2018). *PROESC. Batería de Evaluación de los procesos de escritura*. TEA
- De Barbieri, Z., Maggiolo, M., y Alfaro, S. (1999) Trastornos de la comunicación oral en niños que asisten a control de salud en un consultorio de atención primaria. *Revista Chilena de Pediatría*, 70(1), 36-40.
- De la Cruz, M. V., y González, M. (2011) (4ª eds). *Batelle, inventario de desarrollo*. TEA
- Defior, S., Fonseca, L., Gottheil, B., Aldrey, A., Jiménez, G., Pujals, M., Rosa, G., y Dolores, F. (2006). *Lee. Test lectura. Equipo completo*. Paidós
- Dunn, L.M.; Dunn, L. M y Arribas, D. (2006). *Test de vocabulario en imágenes (PEABODY: PPVT-III)*. TEA
- Durkin, K., Mok, P. L., y Conti-Ramsden, G. (2015). Core subjects at the end of primary school: Identifying and explaining relative strengths of children with specific language impairment (SLI). *International Journal of Language & Communication Disorders*, 50(2), 226-240. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12137>
- Ebert, K.D., Kohnert, K., Pham, G., Disher, J.R., y Payesteh, B. (2014). Three treatments for bilingual children with primary language impairment: Examining cross-linguistic and cross-domain effects. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 57, 172-186. doi: 10.1044/1092-4388. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2013/12-0388\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2013/12-0388))
- Ebert, K. D., Rak, D., Slawny C. M., y Fogg, L. (2019). Attention in bilingual children with Developmental Language Disorder. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(4), 979-992. [https://doi.org/10.1044/2018\\_JSLHR-L-18-0221](https://doi.org/10.1044/2018_JSLHR-L-18-0221)
- Echeverría M. S., Herrera, M. O., y Segure, J. T. (2015). *TEVI-R: test de vocabulario en imágenes*. Universidad de Concepción
- Ellis Weismer, S. E., Evans, J.L., y Hesketh, L. J. (1999). An examination of verbal working memory capacity in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 42(5), 1249-1260. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4205.1249>
- Estes, K. G., Evans, J. L., y Else-Quest, N. M. (2007). Differences in the nonword repetition performance of children with and without specific language impairment: a meta-analysis. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 50(1), 177-95. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2007/015\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2007/015))
- Fenson, L., Marchman, V. A., Thal, D., Dale, P. S., Reznick, J. S., y Bates, E. (1993). *The MacArthur Communicative Development Inventories: User's guide and technical manual*. Paul H. Brooks
- Finneran, D. A., Francis, A. L., y Leonard, L. B. (2009). Sustained attention in children with specific language impairment (SLI). *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 25(4), 915-929. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2009/07-0053\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2009/07-0053))
- Gathercole, S. E., Willis, C. S., Baddeley, A. D., y Emslie, H. (1994). The children's test of nonword repetition: A test of phonological working memory. *Memory*, 2(2), 103-127. <https://doi.org/10.1080/09658219408258940>
- Henry L., Messer D. J., y Nash G. (2012). Executive functioning in children with specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 37-45. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2011.02430.x>
- Hoff-Ginsberg, E. (1998). The relation of birth order and socioeconomic status to children's language experience and language development. *Applied Psycholinguistics*, 19(4), 603-629. <https://doi.org/10.1017/S0142716400010389>

- Hoff-Ginsberg, E. (1998). The relation of birth order and socioeconomic status to children's language experience and language development. *Applied psycholinguistics*, 19(4), 603-629. <https://doi.org/10.1017/S0142716400010389>
- Instituto Cervantes (2020). *El español: una lengua viva. Informe 2020*. Centro virtual cervantes. Recuperado el 23 febrero 2021, de [https://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario\\_20/informes\\_ic/p01.htm](https://cvc.cervantes.es/lengua/anuario/anuario_20/informes_ic/p01.htm)
- Jacobson, P. F., y Schwartz, R. G. (2005). English past tense use in bilingual children with Language Impairment. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 14, 313-323. <https://doi.org/10.1044/1058-0360>.
- Kaufman, A. S., y Kaufman, N. L. (1990). *Test Breve de Inteligencia Kaufman (K-BIT) Adaptación española: Agustín Cordero Pando y Isabel Calonge Romano*. Pearson
- Knickmeyer, R. C., y Baron-Cohen, S. (2006). Fetal testosterone and sex differences. *Early human development*, 82(12), 755-760. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2005.08.010>
- Lancaster, H. S., y Camarata, S. (2019). Reconceptualizing developmental language disorder as a spectrum disorder: Issues and evidence. *International journal of language & communication disorders*, 54(1), 79-94. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12433>
- López-Gines, M., Redón-Díaz, A., Zurita-Callellas, M. D., García-Martínez, I., Santamaría-Mari, M., y Iniesta-Matiarena, J. (2002). *Exploración del lenguaje comprensivo y expresivo (ELCE)*. Cepe
- Maggio, V., Grañana, N. E., Richaudeau, A., Torres, S., Giannotti, A., y Suburo, A. M. (2014). Behavior Problems in Children With Specific Language Impairment. *Journal of Child Neurology*, 29(2), 194-202. <https://doi.org/10.1177/0883073813509886>
- Martin, N. (2013). *Expressive one-word picture vocabulary test-4: Spanish-bilingual edition (EOWPVT-4:SBE)*. Academic Therapy Publications.
- Martin, N. (2013). *Receptive one-word picture vocabulary test- 4: Spanish-bilingual edition (ROWPVT-4:SBE)*. Academic Therapy Publications
- Marton, K. (2008). Visuo-spatial processing and executive functions in children with specific language impairment. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 43, 181-200. <https://doi.org/10.1080/16066350701340719>
- Marton, K., Kelmenson, L., y Pinkhasova, M. (2007). Inhibition control and working memory capacity in children with SLI. *Psychologia: An International Journal of Psychology in the Orient*, 50(2), 110-121. <https://doi.org/10.2117/psysoc.2007.110>
- McGregor, K.K. (2020). How We Fail Children With Developmental Language Disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 51(4), 981-992. [https://doi.org/10.1044/2020\\_LSHSS-20-00003](https://doi.org/10.1044/2020_LSHSS-20-00003)
- Mackie, C., y Dockrell, J. E. (2004). The nature of written language deficits in children with SLI. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 47(6), 1469-1483. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2004/109\)](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2004/109))
- Mendoza, E., Carballo, J, Muñoz, J., y Fresneda, M.D. (2005). *CEG. Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales*. TEA
- Mendoza, El. (2016). *Trastorno Específico del Lenguaje (TEL). Avances en el estudio de un trastorno invisible*. Pirámide
- Monfort, M. y Juárez-Sánchez, A. (1989). *Registro fonológico inducido*. Cepe
- Montgomery, J. W. (2003). Working memory and comprehension in children with specific language impairment: what we know so far. *Journal of Communication Disorders*, 36, 221-231. [https://doi.org/10.1016/S0021-9924\(03\)00021-2](https://doi.org/10.1016/S0021-9924(03)00021-2)
- Myklebust, H. (1965). *Prueba de Lenguaje de Helmer Myklebust*.
- Nieto, M. (1984). *Exploración del nivel lingüístico en edad escolar*. Méndez-Oteo
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E., Vamvakas, G., y 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 & Psychiatry*, 57(11), 1247-57. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- Pavez, M. M. (2004). *Test para la comprensión auditiva del lenguaje de E. Carrow TECAL*. Escuela Fonoaudiología-Universidad de Chile
- Pavez, M. M., Coloma T., C. J., Maggiolo L., M., Martínez J., L., y Romero R., L. (2008) (2º ed.) *Test Procedimientos para evaluar discurso (PREDI)*. Universidad Católica de Chile
- Pavez, M. M., Maggiolo, M., y Coloma, C. (2008) (3ª eds). *Test para evaluar procesos de simplificación fonológica. Versión revisada. TEPROSIF-R*. Pontificia Universidad Católica de Chile
- Pavez, M.M. (2010). *Test Exploratorio de Gramática Española de A. Toronto. Aplicación en Chile*. Universidad Católica de Chile
- Pavez, M.M., Coloma, C.J. y Maggiolo, M. (2008). *El desarrollo narrativo en niños*. Ars Médica.
- Peña, E. D., Gutiérrez-Clellen, V. F., Iglesias, A., Goldstein, B., y Bedore, L. M. (2018). *Bilingual English Spanish Assessment (BESA)*. Brookes
- Pérez, D., Cáceres, P., Cáceres, S., Calderón, C., y Góngora, B. (2014). *Instrumento de Diagnóstico para los Trastornos específicos del Lenguaje en Edad Escolar (IDTEL)*. Ministerio Educación Chile
- Portellano, J. A. (2018). *Evaluación neuropsicológica infantil*. Síntesis
- Puyuelo, M., Wiig, E. H., Renom, J., y Solanas, A. (1998). *Batería de lenguaje objetiva y criterial (BLOC)*. Masson.
- Quintero, I., Hernández, S., Verche, E., Acosta, V., y Hernández, A. (2013). Disfunción ejecutiva en el Trastorno Específico del Lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 33(4), 172-178. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2013.07.003>
- Ramos, M., Ramos, J., Hresko, W. P., Reid, D. K., y Hammill, D. D. (2006). *Test of Early Language Development (TELD): Spanish. Pro-ed*
- Rapin, I., y Allen, D.A. (1983). Developmental language disorders: Nosologic considerations. En U. Kirk (Ed.), *Neuropsychology of language, reading and spelling*. Academic Press.
- Rapin, I., y Allen, D. A. (1987). Developmental dysphasia and autism in preschool children: Characteristics and subtypes. En J. Martin, P. Martin, P. Fletcher, P. Grunwell, y D. Hall (Eds.), *Proceedings of the First International Symposium on Specific Speech and Language Disorders in Children* (pp. 20-35). Afasic
- Ramus, F., Marshall, C. R., Rosen, S. y Van der Lely, H. K. J. (2013). Developmental dyslexia and specific language impairment: towards a multidimensional model. *Brain*, 136(2), 630- 645. <https://doi.org/10.1093/brain/aws356>.
- Raven, J.; Raven, J.C. y Court, J. H. (1993). *Test de Matrices Progresivas. Manual*. Paidós
- Reilly, S., Cook, F., Bavin, E. L., Bretherton, L., Cahir, P., Eadie, P., Gold, L., Mensah, F., Papadopoulos, S., y Wake, M. (2018). Cohort profile: the early language in victoria study (ELVS). *International journal of epidemiology*, 47(1), 11-20. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx079>

- Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F.K., Morgan, A., Goldfeld, S., Nicholson, J.M., y Wake, M. (2014). Specific language disorder: A convenient label for whom?: SLI: A convenient label for whom? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 416–451. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12102>
- Restrepo, M. A. y Gutiérrez-Clellen, V. F. (2001). Article use in Spanish-speaking children with specific language impairment. *Journal of Child Language*, 28(2), 433–452. <https://doi.org/10.1017/S0305000901004706>
- Rudolph, J. M. (2017). Case history risk factors for specific language impairment: A systematic review and meta-analysis. *American journal of speech-language pathology*, 26(3), 991–1010. [https://doi.org/10.1044/2016\\_AJSLP-15-0181](https://doi.org/10.1044/2016_AJSLP-15-0181)
- Saborit, C., y Julián, J. P. (2005). *ELI-L'Avaluació del Llenguatge Infantil*. Universitat Jaume I.
- Sanz-Torrent, M., Andreu, L., Badia, I., y Serra, M. (2010). El proceso lector en niños con antecedentes de retraso y trastorno específico del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 30(1), 23–33. [https://doi.org/10.1016/S0214-4603\(10\)70005-X](https://doi.org/10.1016/S0214-4603(10)70005-X)
- Semel, E., Wiig, E. H. y Secord, W. A. (2006). *Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje-4 (CELF-4)*. Pearson
- Soprano, A. M. (1997). *La Hora de Juego Lingüística*. Fundacion Editorial de Belgrano
- Spaulding, T. J., Plante, E., y Vance, R. (2008). Sustained selective attention skills of preschool children with specific language impairment: Evidence for separate attentional capacities. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 51(1), 16–34. [https://doi.org/10.1044/1092-4388\(2008\)002](https://doi.org/10.1044/1092-4388(2008)002)
- Tomblin, J. B., Records, N. L. y Zhang, X. (1997). A system for the diagnosis of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 39(6), 1284–1294. <https://doi.org/10.1044/jshr.3906.1284>
- Wechsler, D. (2014). *Wechsler intelligence scale for children-fifth edition*. Pearson.
- Wiig, E., Secord, W.A. y Semel, E. (2009). *Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje-2 preschool (CELF-preschool 2)*. Pearson
- Wiig, E., Semel, E. y Secord, W.A. (2018). *Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje-5 (CELF-5)*. Pearson
- World Health Organization. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades, (11ª revisión).
- Yew, S. G. K., y O'Kearney, R. (2013). Emotional and behavioural outcomes later in childhood and adolescence for children with specific language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(5), 516–524. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12009>
- Ygual-Fernández, A., Miranda-Casas, A., y Cervera-Mérida, J. F. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología Clínica*, 1, 193–202. <https://doi.org/10.33588/rn.101.2100030>
- Zhang, X., & Tomblin, J. B. (2000). The association of intervention receipt with speech-language profiles and social-demographic variables. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 9(4), 345–357. <https://doi.org/10.1044/1058-0360.0904.345>
- Zimmerman, I. L., Steiner, V. G., y Pond, R. E. (2012). *Preschool Language Scales, Spanish (PLS-5 Spanish)*. Pearson.

**Anexo 1: Participantes**

	<b>Nombre y apellidos (por orden alfabético)</b>	<b>País</b>
1	Víctor M. Acosta Rodríguez	España
2	Gerardo Aguado Alonso	España
3	Eva Aguilar-Mediavilla	España
4	Ana María Aizpún	Argentina
5	Carola Alvarado Barra	Chile
6	Clara Andrés Roqueta	España
7	Alejandra Auza	México
8	Patricia Batista Chappe	Uruguay
9	Martha M. Boullón	Argentina
10	Viviana Carazo Vargas	Costa Rica
11	Anny Castilla-Earls	Estados Unidos
12	Zandy Chávez Gálvez	Perú
13	Carmen Julia Coloma Tirapegui	Chile
14	Zulema De Barbieri Ortiz	Chile
15	Alejandra Figueroa Leighton	Chile
16	Kai Greene	Estados Unidos
17	Claudia Heisecke Brizuela	Paraguay
18	Donna Jackson-Maldonado	México
19	Sandra Vanessa Kreisel Vera	Chile
20	Laura Krimker	Argentina
21	María Fernanda Lara Díaz	Colombia
22	Nicolás Linares-Orama	Puerto Rico (EE. UU.)
23	Amparo López Higuera	Colombia
24	Maria Hilda López de Sabando	Argentina
25	Veronica Maggio	Argentina
26	Alicia Maiocchi	Argentina
27	Sandra Manrique Céspedes	Perú
28	Nancy Mantiñan	Argentina
29	Luis Martínez Jiménez	Chile
30	Lourdes Martínez Nieto	Estados Unidos
31	Elvira Mendoza Lara	España
32	Esther Moraleda Sepúlveda	España
33	Daniela Paz Rojas Contreras	Chile
34	Denisse Pérez Herrera	Chile
35	Janet Quiroz Watanabe	Perú
36	Adelaida Restrepo	Estados Unidos
37	Mónica María Elena Rousseau	Argentina
38	María Isabel Santa Cruz Acosta	República Dominicana
39	Gabriela Simon-Cerejido	Estados Unidos
40	Casey Taliacich-Klinger	Estados Unidos
41	Carolina Tripaldi	Argentina
42	Felipe Torres	Chile
43	Jacqueline Villena Mayorca	Perú

**Anexo 2: Tipología de respuestas y frecuencias de uso de otras respuestas a las predefinidas para cada pregunta**

Las columnas muestran de izquierda a derecha: el enunciado de la pregunta, el tipo de respuesta (U = una única respuesta posible; M = respuesta de elección múltiple; A = respuesta abierta; L= respuesta escala Likert), el número de respuestas “Otras” y el porcentaje de respuestas “Otras” del total de participantes ( $n = 43$ ).

	<b>Preguntas</b>	<b>Tipo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Bloque etiqueta diagnóstica</b>				
1	¿Qué nombre recibe principalmente esta población actualmente en su país?	U	1	2,33
2	¿Se utilizan diferentes nombres en diferentes contextos (educativo, clínico, familias...) actualmente en su país? Explíquelo	A	No aplica	
<b>Bloque definición y conceptualización de esta población</b>				
1	Indique la frecuencia en que las siguientes áreas pueden definir las dificultades/necesidades/problemas de esta población:	L	No aplica	
2	Indique la frecuencia en que las siguientes áreas pueden definir las dificultades/necesidades/problemas de esta población:	L	No aplica	
3	¿Qué tipo de afectación comprende?	U	2	4,65
4	¿Cuál es su grado de especificidad?	U	1	2,33
5	Indique con qué frecuencia se incluye población de las siguientes franjas de edad para la definición y conceptualización de la población de estudio:	L	No aplica	
6	¿La incidencia de esta población de estudio es del sector socioeconómico bajo o medio-bajo?	U	13	30,23
<b>Bloque evaluación</b>				
1	Indique qué pruebas, test o herramientas de evaluación se utilizan para el diagnóstico de esta población en su país. Para responder a esta pregunta puede basarse en el uso en contexto de intervención y en las herramientas utilizadas en los estudios de investigación.	A	No aplica	
2	Marque otras estrategias/herramientas diagnósticas utilizadas (puede marcar varias opciones)	M	5	11,63
3	Indique con qué frecuencia se realiza la evaluación de esta población para cada una de las siguientes franjas de edad:	L	No aplica	
4	¿Cuáles considera que son los factores de riesgo de esta población de estudio?	M	4	9,30
5	¿Cuáles considera que son los indicadores precoces de un mal pronóstico (pronóstico desfavorable) para esta población?	M	3	6,98
6	¿Se recomienda en algún caso la pauta de esperar hasta cierta edad para evaluar? ¿en qué casos?	A	No aplica	
<b>Bloque criterios de diagnóstico</b>				
1	¿Cuáles son los criterios de inclusión para el diagnóstico en su país? (puede marcar varias opciones)	M	10	23,26
2	¿Cuáles son los criterios de exclusión para el diagnóstico en su país? (puede marcar varias opciones)	M	3	6,98
3	¿Qué áreas del lenguaje se evalúan para el diagnóstico?	M	8	18,60
4	¿Tienen establecido algún punto de corte en las pruebas de lenguaje que se utilizan para el diagnóstico?	U	20	46,51
5	¿Tienen establecido algún punto de corte en las pruebas de cognición (coeficiente intelectual no-verbal)?	U	12	27,91
6	¿Tiene que haber alguna discrepancia entre cognición verbal y no verbal?	U	8	18,60
7	Indique con qué frecuencia se puede establecer la etiqueta diagnóstica de la población de estudio para cada una de las siguientes franjas de edad:	L	No aplica	
8	¿Crees que la prevalencia de la patología del 7% se corresponde con la prevalencia de su país?	U	13	30,23
9	¿En su opinión, existe infradiagnóstico o sobrediagnóstico de la patología en su país?	U	6	13,95

<b>Bloque multilingüismo</b>				
1	¿Existen criterios específicos para el diagnóstico de la población de estudio en población bilingüe/multilingüe? En caso de respuesta positiva, indique cuáles:	A		No aplica
2	¿Existen pruebas de evaluación estandarizadas en todas las lenguas que has señalado que hay en tu país (oficiales y no oficiales)?	U	3	6,98
3	¿Piensa que bilingüismo/multilingüismo influye en el desarrollo de las dificultades de esta población?	U	7	16,28
4	¿Piensa que estar en un contexto en el que el/a niño/a ha tenido poca exposición a sus lenguas influye en el desarrollo de las dificultades de esta población?	U	2	4,65
5	¿Qué estrategias de evaluación se realizan en caso de tener la necesidad de evaluar población bilingüe/multilingüe o que habla otras lenguas diferentes a las del contexto?	U	12	27,91
<b>Bloque legislación, normativas y políticas</b>				
1	¿Existe una legislación, normativa o política específica que regule la evaluación y atención de las personas que tienen este trastorno?	U	7	16,28
<b>Bloque atención de profesional</b>				
1	¿Quién es el profesional que hace la evaluación y el diagnóstico de este trastorno en su país? (puede marcar varias opciones)	M	13	30,23
2	¿Qué tipo de evaluación se realiza?	U	10	23,26
3	Indique con qué frecuencia se proporciona atención o tratamiento a la población de estudio para cada una de las siguientes franjas de edad:	L	No aplica	
4	¿Existen en su país asociaciones de familias relacionadas con la población de estudio?	U		
5	¿En su contexto se ha determinado un día de sensibilización para esta población? Indique la fecha y el nombre que recibe la población. (Recuerde que siempre puede indicar "No respuesta" en caso de no saber/ no querer contestar o que no proceda).	A	No aplica	

**Anexo 3: Frecuencias de respuestas en las áreas definitorias de las dificultades, necesidades o problemas de la población dentro del bloque definición y conceptualización**

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
Deglución	62,79	27,91	9,30	0	0
Voz	53,49	32,56	13,95	0	0
Audición	34,88	32,56	25,58	4,65	2,33
Habla	2,33	11,63	32,56	32,56	20,93
Comunicación	0	13,95	18,60	32,56	34,88
Lenguaje	0	0	0	2,33	97,67
Escritura	4,65	2,33	20,93	46,51	25,58
Lectura	6,98	0	13,95	46,51	34,88
Narración	0	2,33	9,30	30,23	58,14
Pragmática	0	4,65	30,23	39,53	25,58
Fonología	2,33	0	16,28	39,53	39,53
Semántica	0	0	6,98	46,51	46,51
Léxico	0	2,33	2,33	41,96	53,48
Morfología	0	0	2,33	27,91	69,77
Sintaxis	0	0	0	23,25	76,74
Comprensión	0	0	6,98	30,23	62,79
Expresión	0	0	0	18,60	81,39
Conducta	16,28	34,88	39,53	9,30	0
Relaciones sociales	18,60	53,49	20,93	6,98	0
Rendimiento escolar	60,46	34,88	2,33	2,33	0
Motricidad	0	30,23	37,21	27,91	4,65
Emoción	9,30	44,18	32,56	13,95	0
Cognición	18,60	41,86	27,90	9,30	2,32
Atención	25,58	48,84	23,26	2,33	0
Funciones ejecutivas	32,56	51,16	9,30	6,98	0
Memoria	32,56	55,81	6,98	4,65	0

**Anexo 4: Pruebas y herramientas para la evaluación del lenguaje oral y del lenguaje escrito y habilidades cognitivas y del desarrollo que las y los participantes indicaron que se utilizan para el diagnóstico de la población de estudio.**

**Tabla A.** Pruebas, tests y herramientas de evaluación que las y los participantes indicaron que se utilizan para el diagnóstico de la población de estudio (evaluación del lenguaje oral)

	Evaluación directa			Evaluación indirecta
	Pruebas estandarizadas		Pruebas no estandarizadas	
	Baterías de pruebas	Pruebas específicas		
Evaluación lenguaje oral	<p><b>-CELF preschool 2.</b> <i>Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje-2</i> (Wiig et al., 2009) [3 a 6 años]</p> <p><b>-CELF-4.</b> <i>Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje-4</i> (Semel et al., 2006) [5-21 años]</p> <p><b>-CELF-5.</b> <i>Evaluación clínica de los fundamentos del lenguaje-5</i> (Wiig et al., 2018) [5 a 15 años]</p> <p><b>-PLON-R.</b> <i>Prueba de Lenguaje Oral Navarra - Revisada</i> (Aguinaga et al., 2005) [3-6 años]</p> <p><b>-BESA.</b> <i>Bilingual English-Spanish Assessment</i> (Peña et al., 2018) [4-6 años]</p> <p><b>-ITPA-R.</b> <i>Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas-ITPA</i> (Ballesteros y Cordero, 2011) [3-10 años]</p> <p><b>-PLS-5.</b> <i>Preschool Language Scales, Spanish</i> (Zimmerman et al., 2012) [0-7 años]</p> <p><b>-MENH.</b> <i>Exploración del nivel lingüístico en edad escolar</i> (Nieto-Herrera, 1984) [6-12 años]</p> <p><b>-IDTEL.</b> <i>Instrumento de Evaluación de los Trastornos Específicos del Lenguaje en Edad Escolar</i> (Pérez, et al., 2014) [6-9 años]</p> <p><b>-ELCE.</b> <i>Exploración del Lenguaje Comprensivo y Expresivo</i> (Zurita-Salellas et al., 2014) [2-7 años]</p> <p><b>-ELI.</b> <i>L'avaluació del llenguatge infantil</i> (Saborit y Julián, 2005) [0-6 años]</p> <p><b>-BLOC.</b> <i>Batería de Lenguaje Objetiva y Criterial</i> (Puyuelo et al., 1998) [5-14 años]</p> <p><b>-TECAL.</b> <i>Test de Comprensión Auditiva del Lenguaje de Carrow</i> (Pavez, 2004) [3-6 años]</p>	<p><b>-CEG.</b> <i>Test de comprensión de estructuras gramaticales</i> (Mendoza et al., 2005) [gramática, 4-11 años]</p> <p><b>-TPL.</b> <i>Tamiz de problemas del lenguaje</i> (Auza et al., 2018) [gramática; 3-6 años]</p> <p><b>-PEABODY.</b> <i>Test de Vocabulario en imágenes</i> (Dunn et al. 1997; Arribas, 2006). [Vocabulario receptivo; 2,5-90 años]</p> <p><b>-TSA.</b> <i>Desarrollo de la morfosintaxis en el niño</i> (Aguado, 1989) [morfosintaxis; 2-7 años]</p> <p><b>-EOWPVT-SBE.</b> <i>Expressive one-word picture vocabulary test-Spanish-bilingual edition</i> (Martin, 2013) [Vocabulario expresivo; 2-70+ años]</p> <p><b>-EOWVT-SBE.</b> <i>Receptive one-word picture vocabulary test- 4: Spanish-bilingual edition</i> (Martin, 2013) [Vocabulario expresivo [2-70+ años]</p> <p><b>-TEPROSIF-R.</b> <i>Test para evaluar procesos de simplificación fonológica</i> (Pavez, Maggiolo y Coloma, 2008) [3-6 años]</p> <p><b>-STSG.</b> <i>Test Exploratorio de la Gramática Española de A. Toronto</i> (Pavez, 2010) [3-6 años]</p> <p><b>-TEVI-R.</b> <i>Test de vocabulario en imágenes</i> (Echeverría et al., 2015) [2;5 a 17 años]</p> <p><b>-EDNA.</b> <i>Evaluación de Discurso Narrativo</i> (Pavez, Coloma y Maggiolo, 2008)</p> <p><b>-PREDI.</b> <i>Procedimientos para Evaluar Discurso</i> (Pavez, Coloma y Maggiolo, et al., 2008)</p> <p><b>-TELD.</b> <i>Test of Early Language Development</i> (Ramos et al, 2006) [sintaxis y semántica; 4-17 años]</p> <p><b>-RFI.</b> <i>Registro fonológico inducido</i> (Monfort y Juárez-Sánchez, 1989) [3 a 7 años]</p>	<p>-Tareas narrativas</p> <p>-Observaciones del lenguaje espontáneo</p> <p>- Análisis de las muestras de lenguaje</p> <p>-Evaluación dinámica</p> <p>-Comparación con criterios del desarrollo-Observación del juego (Soprano, 1997)</p>	<p><b>-CDI.</b> <i>Inventario del Desarrollo comunicativo (CDI) de MacArthur-Bates</i> (Fenson et al., 1993). [CDI-I: De 8-30 meses]</p> <p><b>-CCC -2.</b> <i>Children's Communication Checklist</i> (Bishop, 2003) [pragmática: 4-12 años]</p> <p><b>-Escala REEL.</b> <i>Receptive-Expressive Emergent Language Test</i> (Bzoch et al., 2003) [0-3 años]</p> <p>-Cuestionarios a la familia</p> <p>-Checklists parentales</p>

**Tabla B.** Pruebas, y herramientas de evaluación que las y los participantes indicaron que se utilizan para el diagnóstico de la población de estudio (evaluación del lenguaje escrito y habilidades cognitivas y del desarrollo)

	<b>Pruebas estandarizadas</b>	<b>Pruebas no estandarizadas</b>
<b>Evaluación lenguaje escrito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-<b>LEE.</b> <i>Test de lectura y escritura en español</i> (Defior et al, 2006) [5-12 años]</li> <li>-<b>CAPLI.</b> <i>Prueba de Lenguaje de Helmer Myklebust</i> (Myklebust, 1965) [5-16 años]</li> <li>-<b>PROLEC – R.</b> <i>Batería de evaluación de los procesos lectores, Revisada</i> (Cuetos et al., 2014) [6-12 años]</li> <li>-<b>PROESC.</b> <i>Batería de Evaluación de los procesos de escritura.</i> (Cuetos et al., 2018) [8-15 años]</li> </ul>	
<b>Evaluación habilidades cognitivas y del desarrollo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>WISC.</b> <i>Wechsler Intelligence Scale for Children</i> (Wechsler, 2014) [6-16 años]</li> <li>- <b>K-BIT.</b> <i>Test Breve de Inteligencia de Kaufman</i> (Kaufman y Kaufman, 2004) [4-90 años]</li> <li>- <b>Test de Matrices Progresivas de Raven</b> (Raven, 1993) [4 años+]</li> <li>- <b>ENI.</b> <i>Evaluación Neuropsicológica Infantil.</i> (Portellano, 2018) [5-16 años]</li> <li>- Test de inteligencia Terman Merrill [2-99 años]</li> <li>-<b>BATELLE.</b> <i>Inventario de Desarrollo</i> (De la Cruz y González, 2011) [0 a 95 meses]</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Observación de la conducta</li> <li>-Repetición de pseudopalabras (memoria fonológica)</li> </ul>

**Anexo 5: Frecuencias de respuestas en la definición y conceptualización, en la evaluación y en el establecimiento de la etiqueta diagnóstica según las franjas edad.**

	Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Frecuentemente	Muy frecuentemente
<b>Definición</b>					
Senectud	81,40	6,98	6,98	4,65	0,00
Adultez	41,86	39,53	6,98	11,63	0,00
12-18 años	9,30	27,91	25,58	27,91	9,30
6-12 años	2,33	2,33	20,93	20,93	53,49
3-6 años	0,00	4,65	2,33	25,58	67,44
0-3 años	27,91	32,56	27,91	4,65	6,98
<b>Evaluación</b>					
Senectud	81,40	16,28	2,33	0,00	0,00
Adultez	51,16	41,86	6,98	0,00	0,00
12-18 años	9,30	27,91	25,58	27,91	9,30
6-12 años	2,33	2,33	20,93	20,93	53,49
3-6 años	0,00	4,65	2,33	25,58	67,44
0-3 años	27,91	32,56	27,91	4,65	6,98
<b>Establecer diagnóstico</b>					
Senectud	69,77	25,58	2,33	2,33	0,00
Adultez	44,19	34,88	16,28	4,65	0,00
12-18 años	4,65	23,26	25,58	32,56	13,95
6-12 años	0,00	2,33	4,65	30,23	62,79
3-6 años	0,00	2,33	6,98	44,19	46,51
0-3 años	41,86	27,91	25,58	4,65	0,00
<b>Tratamiento</b>					
Senectud	76,74	16,28	4,65	2,33	0,00
Adultez	53,49	34,88	9,30	2,33	0,00
12-18 años	4,65	34,88	39,53	16,28	4,65
6-12 años	0,00	2,33	25,58	44,19	27,91
3-6 años	0,00	4,65	16,28	37,21	41,86
0-3 años	11,63	25,58	27,91	25,58	9,30