


Estudio de consenso Delphi sobre el trastorno del lenguaje oral en los países hispanohablantes



Llorenç Andreu

eHealth Centre: Human and Planetary Health Research Centre, Universitat Oberta de Catalunya, Barcelona, España  



Alejandra Auza

Language and Cognition Laboratory, Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, Mexico City, Mexico  


Carmen Julia Coloma

Departamento de Fonoaudiología, Instituto de Estudios Avanzados en Educación, Universidad de Chile, Santiago, Chile  

Alejandro Segundo Dioses Chocano

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú  


M. Fernanda Lara Díaz

Departamento de Comunicación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C., Colombia 

Verónica Maggio

Servicio de Fonoaudiología, Hospital Universitario Austral, Pilar, Argentina  

Gabriela Simón-Cerejido

California State University, Los Angeles, Estados Unidos 

Consortio AHITL

Consortio de la Asociación Hispanohablante para el Estudio del Trastorno del Lenguaje (AHITL). Los miembros del consorcio se recogen en el anexo 1 del artículo

<https://dx.doi.org/10.5209/rlog.106526>

Recibido 16 de diciembre de 2025; 28 de enero de 2026; Aceptado 24 de marzo de 2026.

Resumen: El trastorno en la adquisición del lenguaje oral es altamente frecuente y puede generar alteraciones graves y persistentes a lo largo de la vida. El objetivo de este estudio fue alcanzar un consenso en el ámbito hispanohablante sobre aspectos conceptuales, clasificatorios y diagnósticos del trastorno del lenguaje oral, dada la variabilidad existente en la terminología y en los criterios clínicos. Para ello, se conformó un panel de 51 especialistas de distintos países de habla hispana que participaron en un estudio Delphi desarrollado en dos rondas. En la primera ronda se evaluaron 28 preguntas relacionadas con la terminología, los subtipos, las comorbilidades y el diagnóstico; en la segunda, se reformularon 12 afirmaciones a partir de los resultados obtenidos. El proceso permitió establecer 25 acuerdos principales. En el ámbito terminológico, se consensó el uso del término “trastorno del lenguaje” para referirse a dificultades persistentes del desarrollo comunicativo, y “trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)” cuando no existe una causa biomédica identificable. Se descartó la creación de subtipos formales y se propuso describir de manera detallada las áreas lingüísticas afectadas. Asimismo, se acordó que determinadas condiciones biomédicas excluyen el diagnóstico de TDL, aunque este puede coexistir con otros trastornos. En cuanto al diagnóstico, se destacó la necesidad de una evaluación exhaustiva, multidimensional y basada en criterios clínico-funcionales, aplicable a partir de los cuatro años. Estos acuerdos suponen un avance hacia la unificación de criterios en el contexto hispanohablante.

Palabras clave: Delphi; Hispanohablantes; Trastorno del desarrollo del lenguaje; Trastorno específico del lenguaje.

EN A Delphi consensus study on oral language disorder in Spanish-speaking countries

Abstract: Oral language acquisition disorder is highly prevalent and can lead to severe and persistent difficulties throughout the lifespan. The aim of this study was to reach a consensus within the Spanish-speaking context on conceptual, classificatory, and diagnostic aspects of oral language disorder, given the existing variability in terminology and clinical criteria. To this end, a panel of 51 specialists from different Spanish-speaking countries participated in a two-round Delphi study. In the first round, 28 questions addressing terminology, subtypes,

comorbidities, and diagnosis were evaluated; in the second round, 12 statements were reformulated based on the previous results. This process led to the establishment of 25 main agreements. At the terminological level, consensus was reached on the use of the term “language disorder” to refer to persistent difficulties affecting communicative development, and “developmental language disorder (DLD)” when no identifiable biomedical cause is present. The creation of formal subtypes was rejected, and a detailed description of the affected linguistic domains was recommended. It was also agreed that certain biomedical conditions exclude a diagnosis of DLD, although DLD may co-occur with other disorders. Regarding diagnosis, the need for a comprehensive, multidimensional assessment based on clinical and functional criteria was emphasized, allowing the identification of severe and persistent difficulties from four years of age onwards. These agreements represent a significant step toward the unification of criteria in the Spanish-speaking field.

Keywords: Delphi; Developmental language disorder; Spanish speakers; Specific language impairment.

Cómo citar: Andreu, L., Auza, A., Coloma, C.J., Dioses, A. S., Lara, M.F., Maggio, V., & Simón-Cereijido, G., & Consorcio AHITL (2026). Estudio de consenso Delphi sobre el trastorno del lenguaje oral en los países hispanohablantes. *Revista de Investigación en Logopedia* 16(2), e106526, <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.106526>

Introducción

El lenguaje constituye una de las capacidades más genuinamente humanas porque surge y se construye gradualmente a través de la interacción social y permite a los individuos comunicar intenciones comunicativas y participar en prácticas culturales cooperativas que amplían sus habilidades de pensamiento y de acción conjunta (Bates et al., 1988; Tomasello, 2019). No obstante, existe un grupo de niños que presentan dificultades significativas en la adquisición del lenguaje oral que generan alteraciones graves y persistentes. En el ámbito hispanohablante, ese trastorno que afecta primariamente al desarrollo del lenguaje ha recibido distintas denominaciones a lo largo del tiempo como audiomudez, afasia del desarrollo, disfasia, desorden del lenguaje, trastorno primario del lenguaje, trastorno específico del lenguaje (TEL) y más recientemente trastorno del desarrollo del lenguaje o TDL (ver Andreu et al., 2022; Auza et al., 2024).

El cambio en la etiqueta diagnóstica es una de las particularidades más destacadas de este trastorno, y probablemente una de las razones que más haya contribuido a su escaso (re)conocimiento entre la población general. Además, esta inestabilidad conceptual ha acompañado continuas modificaciones en su definición, en la descripción de sus características y en los criterios diagnósticos empleados para su identificación por diferentes manuales diagnósticos como la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) y el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en sus diversas versiones, así como en la literatura especializada (ver Andreu et al., 2021). Para tratar de poner solución a esta amplia dispersión y fijar unos criterios comunes en el mundo anglosajón, Dorothy V. Bishop y Maggie Snowling lideraron dos estudios en los que emplearon el método Delphi: el primero centrado en los criterios diagnósticos del trastorno (Bishop et al., 2016), y el segundo orientado a clarificar la terminología (Bishop et al., 2017).

El método Delphi es una técnica prospectiva que se caracteriza por una estructura sistemática y un enfoque centrado en la recopilación de opiniones de expertos de manera anónima y reiterada que busca alcanzar el máximo consenso fundamentado en la reflexión y el intercambio mediante un proceso iterativo (Iqbal y Pison-Young, 2009). Este procedimiento comienza con la selección de un grupo de panelistas expertos en la materia de interés sobre la que se quiere adoptar un consenso (Iqbal y Pison-Young, 2009). Los moderadores del estudio elaboran una serie de afirmaciones o preguntas sobre las que se quiere llegar a un consenso (Schifano, 2025). Este conjunto inicial de cuestiones se presenta a los panelistas mediante una encuesta en línea, en la que se les pide que valoren, generalmente mediante escalas tipo likert, su nivel de acuerdo con cada afirmación y que opcionalmente aporten comentarios para justificar sus valoraciones. A partir de las valoraciones y comentarios obtenidos, los moderadores elaboran un nuevo conjunto de afirmaciones. Generalmente, de una ronda a otra, se mantienen las afirmaciones que aún no han alcanzado un determinado grado de acuerdo o pueden reformularse o añadirse nuevas afirmaciones, si procede. Este nuevo grupo de afirmaciones se remite al mismo panel de expertos, junto con un resumen de los resultados obtenidos en la ronda anterior, para que las valoren y comenten de igual modo que previamente. Dicho proceso se repite en sucesivas rondas hasta lograr el mayor grado de acuerdo posible. Finalmente, los investigadores analizan los datos para extraer las conclusiones del estudio (Hasson et al., 2000; Thangaratinam y Redman, 2005).

El panel de expertos sobre el trastorno del lenguaje, que participó en los dos estudios en el ámbito anglosajón y que se denominó consorcio CATALISE, estuvo compuesto por 59 (Bishop et al., 2016) y 57 personas (Bishop et al., 2017) de diferentes países de habla inglesa (Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos). Los principales consensos alcanzados supusieron un cambio relevante en el ámbito de la conceptualización y la identificación del trastorno. Entre sus principales acuerdos destacan la propuesta de sustituir la denominación *Specific Language Impairment, SLI* (Trastorno Específico del Lenguaje, TEL, en español) por *Developmental Language Disorder* (Trastorno del Desarrollo del Lenguaje, TDL, en español), así como la definición de nuevos criterios diagnósticos centrados en las dificultades funcionales asociadas al trastorno y en su pronóstico, en lugar de dar importancia a una puntuación de corte en una o diversas pruebas del lenguaje; la recomendación de no distinguir subtipos de TDL y que en su lugar se indiquen las áreas afectadas y la distinción entre trastornos excluyentes y comorbilidades, entre otros. Una síntesis detallada de las principales implicaciones de ambos estudios, se encuentran en Aguilar-Mediavilla et al. (2019), Andreu et al. (2021) y Campos y Halliday (2020).

Actualmente, cuando han transcurrido alrededor de diez años desde la publicación de los estudios realizados por el consorcio CATALISE, la denominación de TDL, junto con los principales acuerdos alcanzados sobre la conceptualización, identificación, evaluación, diagnóstico e intervención del trastorno, se han consolidado ampliamente en el ámbito angloparlante tanto en la práctica clínica y educativa como en la literatura científica especializada (ver Kornelis et al., 2025).

En el contexto hispanohablante, Andreu et al. (2022), llevaron a cabo un estudio basado en un cuestionario en el que participaron 43 informantes con experiencia en el estudio y la intervención en el trastorno del lenguaje oral de 12 países de habla hispana (Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, España, Estados Unidos, México, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana y Uruguay). En ese estudio se analizaron las etiquetas diagnósticas, la conceptualización, los criterios y herramientas diagnósticas, así como aspectos relativos a su contexto socioeconómico, político y de atención profesional en el medio hispanohablante. Los resultados mostraron que el término *Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL)* también ha comenzado a adoptarse progresivamente, tanto en el ámbito académico, donde la mayoría de las publicaciones utilizan esta denominación (véase Sanz-Torrent y Andreu, 2022; Auza y Andreu, 2025), como en el ámbito clínico y educativo. Sin embargo, la falta de un marco común que fije criterios claros para todos los países hispanohablantes ha generado que todavía persista una considerable dispersión en diversos aspectos (ver Andreu et al., 2022). En primer lugar, la terminología empleada sigue siendo todavía heterogénea: coexisten etiquetas como *TDL*, *TEL*, *disfasia*, así como expresiones como *retraso* o *dificultades del lenguaje*, utilizadas de forma variable según el contexto académico, clínico o educativo. Sobre la clasificación, aún no hay acuerdo sobre la existencia de subtipos del trastorno. Esto responde en parte a que mientras el *DSM-5-TR* (APA, 2022) no los contempla, el consorcio *CATALISE* recomienda describir las áreas afectadas sin recurrir a categorías fijas. A su vez, la *CIE-11* (World Health Organization, 2019) propone tres manifestaciones principales del trastorno: TDL con afectación en el lenguaje receptivo y expresivo, TDL con afectación principalmente en el lenguaje expresivo y TDL con afectación principalmente en la pragmática. También persisten discrepancias respecto a la relación de este trastorno con otros trastornos del neurodesarrollo, concretamente entre cuáles son condiciones excluyentes y cuáles pueden considerarse como comorbilidades. Finalmente, los procedimientos diagnósticos varían considerablemente entre países, tanto en la edad de detección como en el uso de pruebas estandarizadas, herramientas de evaluación y criterios clínicos, lo que refleja la necesidad de avanzar hacia un marco común más homogéneo y contextualizado (Andreu et al., 2022).

El presente estudio

Bishop et al. (2016) señalaron que su estudio se “*restringió a los países de habla inglesa [...] con el objetivo de ofrecer un modelo que pudiera servir de referencia para investigaciones futuras en otras lenguas*” (2016, p. 4). Esta afirmación pone de manifiesto la especificidad contextual de su trabajo que se circunscribe a los países anglosajones. El español presenta diferencias notables con respecto al inglés, no solo en el plano lingüístico, sino también en los ámbitos sociocultural, político y profesional. El español posee una morfología rica y un sistema fonológico caracterizado principalmente por estructuras silábicas simples y por una ortografía transparente, características opuestas al inglés (Balboa-Castells et al., 2024). Todos estos aspectos influyen tanto en la adquisición del lenguaje como en la manifestación de los trastornos del desarrollo del lenguaje (Auza y Andreu, 2025). Además, la amplia diversidad de los contextos hispanohablantes, que incluyen sus propios sistemas educativos, prácticas clínicas y realidades socioeconómicas, acentúa aún más las diferencias con los países angloparlantes y subraya la necesidad de desarrollar marcos diagnósticos y de intervención adaptados a las particularidades lingüísticas, sociales, políticas y culturales de los países hispanohablantes (Andreu et al., 2022). De este modo, el objetivo de este estudio es consensuar la terminología, los subtipos, las comorbilidades y el diagnóstico del trastorno del lenguaje oral en los países de habla hispana.

Metodología

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universitat Oberta de Catalunya (UOC) con el código de expediente CE25-PR83. Además, se llevó a cabo de acuerdo con los estándares éticos establecidos en la Declaración de Helsinki de 1964 y las actualizaciones posteriores (WMA. World Medical Association, 2013). Todos los miembros del panel dieron su consentimiento para participar en el estudio y para que sus valoraciones y comentarios se utilizaran en la elaboración de una declaración de consenso.

Participantes: selección del panel de expertos

Un estudio de consenso Delphi requiere tres tipos de participantes: panelistas, moderadores y un administrador independiente (De Cat et al., 2023). La selección del panel de expertos es un aspecto fundamental en cualquier estudio Delphi y ha sido objeto de debate en la literatura (Boulkedid et al., 2011). Es esencial contar con miembros comprometidos, con credibilidad y que representen la diversidad de los actores implicados en el tema (Bishop et al., 2016). En el presente estudio, los moderadores consideraron que era fundamental contar con expertos sobre el trastorno del lenguaje oral en hispanohablantes que tuvieran un perfil formativo variado (logopedas o fonoaudiólogos, psicólogos, profesionales de la educación y lingüistas) y profesional complementario (académicos, profesionales y familiares de personas con el trastorno). De igual manera, se consideró crucial incluir representantes del mayor número posible de países de habla hispana. De este modo, para formar el panel del estudio Delphi, se partió de los participantes del estudio de Andreu et al. (2022). Además, con la participación de la Asociación Hispanohablante para el Estudio del Trastorno del Lenguaje (AHITL), que es una asociación de referencia en el estudio, la difusión y la prescripción de buenas prácticas y políticas para la atención de los niños con trastorno del lenguaje oral en los países hispanohablantes, se envió la propuesta de participación a un conjunto de personas que los miembros de la

Junta Directiva de AHITL y moderadores del estudio identificaron como expertos en el trastorno en sus respectivos países y que garantizaban la diversidad en términos perfil variado y amplia representación geográfica. El principal criterio para su selección fue que tuvieran publicaciones en libros o revistas sobre los trastornos del lenguaje y/o que tuvieran una extensa experiencia en su intervención. Las características generales de los miembros del panel se muestran en la Tabla 1. Además, en el anexo 1 se incluye el listado de los expertos participantes. Los panelistas que finalmente tomaron parte en las dos rondas del estudio fueron 51 personas que pertenecían a 13 países hispanohablantes con la siguiente distribución: Argentina (n = 7), Chile (n = 6), Colombia (n = 2), Ecuador (n = 1), España (n = 14), Estados Unidos (n = 7), Guatemala (n = 1), Honduras (n = 2), México (n = 1), Panamá (n = 1), Paraguay (n = 1), Perú (n = 6), y Uruguay (n = 2). Este número de participantes es similar al de otros estudios basados en la metodología Delphi como los del consorcio CATALISE donde, como ya se ha mencionado, participaron 59 (Bishop et al., 2016) y 57 expertos (Bishop et al., 2017) respectivamente. El 88,24% (n = 45) fueron mujeres y el 11,76% fueron hombres (n = 6). El 11,65% (n = 9) eran académicos, el 35,29% (n = 18) profesionales, el 43,14% (n = 22) tenían un perfil mixto y el 3,92% (n = 2) eran miembros de asociaciones de familiares de afectados.

Tabla 1. Características de la muestra según su perfil (académicos, profesionales, mixto profesional-académico y miembros de asociaciones de familiares de afectados).

		Académicos	Profesionales	Mixtos	Familiares	Total
Sexo	Mujeres	8	17	18	2	45
	Hombres	1	1	4	0	6
Nivel de estudios más alto	Doctorado	9	2	15	0	26
	Máster	0	5	5	0	10
	Grado	0	11	2	0	13
Titulación	Logopedia/Fonoaudiología	0	12	10	0	22
	Psicología	6	5	6	0	17
	Educación	2	1	1	0	4
	Lingüística	1	0	5	0	6

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

El primer autor (L.A.), con amplia experiencia en el ámbito de los trastornos del lenguaje infantil, actuó como moderador y administrador independiente: redactó las preguntas que sirvieron de base para la primera ronda y las afirmaciones de la segunda ronda basándose en los comentarios del panel. Para estas tareas contó con la colaboración de los diferentes miembros de la Junta de AHITL que actuaron como moderadores y que también fueron panelistas en el presente estudio (A.A., C.J.C., A.S.D.C., M.F.L.D., V.M. y G.S.C.; ver Anexo 1). Adicionalmente, el administrador independiente elaboró el cuestionario Delphi en línea mediante el programa Qualtrics (Qualtrics, 2025), controló el proceso de anonimización y analizó las respuestas para elaborar los informes destinados a los miembros del panel.

Diseño y procedimiento

El diseño del presente estudio se basó en las directrices de Hasson et al. (2000), Iqbal y Pison-Young (2009), Schifano y Niederberger (2025) y Thangaratnam y Redman (2005), así como en la revisión de Diamond et al. (2014). Además, se tomaron como modelo los estudios de Bishop et al. (2016, 2017).

Elaboración del cuestionario

El cuestionario de la primera ronda del estudio combinó un conjunto de preguntas de tipo likert con ítems de grado de acuerdo, algunas preguntas de elección múltiple, una pregunta abierta y un apartado de comentarios en cada una de ellas. La elaboración de las preguntas que sirvieron de base para la primera ronda del estudio Delphi se construyó a partir de tres fuentes principales. En primer lugar, se tomó como punto de partida el artículo de Andreu et al. (2021) que recoge una síntesis detallada de las principales implicaciones del cambio del TEL al TDL en contexto angloparlante (Bishop et al., 2016; 2017). En segundo lugar, se revisó el estudio de Andreu et al. (2022) que analizó la situación del trastorno específico del lenguaje en los países hispanohablantes. Estos dos documentos sirvieron de base para el debate de un seminario sobre el TEL/TDL que tuvo lugar en el marco del II Congreso CHITEL organizado por la AHITL que se celebró en la Universidad Nacional de Colombia (Bogotá) en julio del 2023. Los participantes compartieron opiniones y preguntas sobre el tema y se acordó el impulso del presente estudio para poder fijar unos criterios claros y compartidos para toda la comunidad hispanohablante respecto al trastorno del lenguaje oral. El seminario se registró en video y el primer autor del presente estudio (L.A.) elaboró una primera versión de las cuestiones que generaron mayor debate en aquella discusión. Los seis moderadores miembros de la Junta de AHITL y que también actuaron como panelistas en el presente estudio, revisaron las preguntas e introdujeron diversas mejoras. De este modo, la versión consensuada incluyó 28 preguntas (23 preguntas con ítems de grado de acuerdo, cuatro preguntas de elección múltiple y una pregunta abierta) sobre la conceptualización, la evaluación y diagnóstico del trastorno, los subtipos y las comorbilidades (ver las preguntas en el Anexo 2).

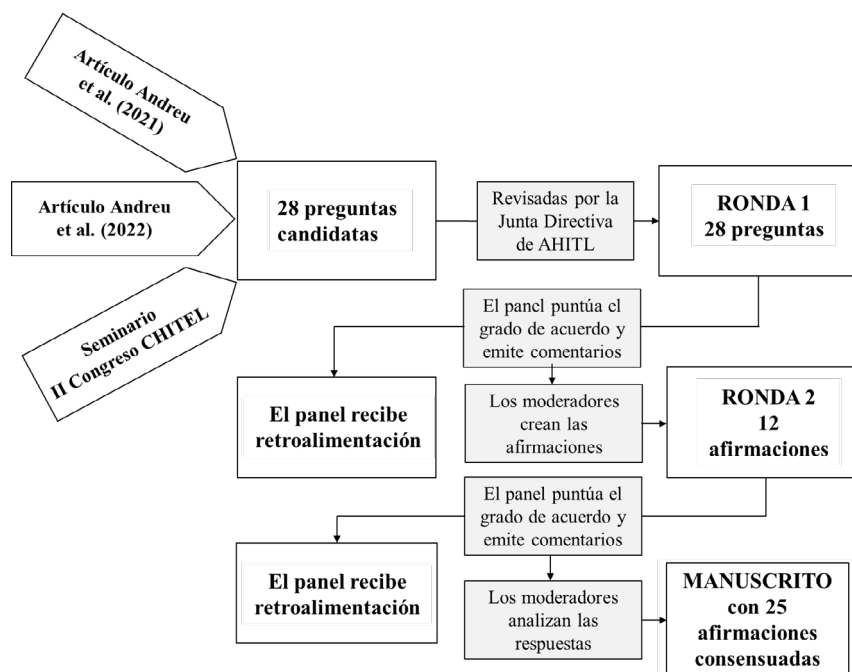
Piloto

La encuesta fue pilotada por los seis moderadores miembros de la Junta de AHITL. El objetivo del piloto fue comprobar la existencia de posibles errores, evaluar la claridad de las preguntas, optimizar su orden de presentación y comprobar que el formulario en línea funcionaba sin ningún problema. El piloto permitió ajustar la redacción de 7 preguntas y se confirmó que el formulario en línea funcionaba correctamente.

Proceso de consenso de Delphi

El diagrama de flujo del proceso Delphi se muestra en la Figura 1. En el presente estudio se llevaron a cabo dos rondas de valoraciones y opiniones.

Figura 1. Procedimiento del estudio Delphi de consenso, que describe el papel de los panelistas y moderadores.



Ronda 1

La primera ronda de la encuesta en línea se llevó a cabo entre octubre y noviembre del 2024. Se concedió a los panelistas un plazo de cinco semanas para completarla (incluida una prórroga de una semana) tiempo que se enviaron hasta tres correos de recordatorio. Los correos fueron personalizados y en ellos se incluía un enlace y un código QR que daba acceso a la encuesta. El cuestionario contaba con una introducción que contextualizaba y presentaba los principales objetivos del estudio. A continuación, se presentaban las 28 preguntas (23 preguntas con ítems de grado de acuerdo, cuatro preguntas de elección múltiple y una pregunta abierta) sobre la conceptualización, los subtipos y las comorbilidades y la evaluación y el diagnóstico del trastorno (ver Anexo 2). En las 23 preguntas con ítems de grado de acuerdo, se pidió a los panelistas que las calificaran en una escala de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo) y se les proporcionó un espacio para hacer comentarios para cada pregunta. En las cuatro preguntas de elección múltiple (preguntas número 18, 19, 21 y 27) se les pidió que seleccionaran las respuestas que considerasen adecuada. En la pregunta abierta (pregunta número 20) los participantes podían responder o dejarla en blanco. En todas las preguntas, se presentó un espacio para efectuar comentarios de forma voluntaria.

Ronda 2

La segunda ronda de la encuesta en línea se llevó a cabo entre mayo y junio de 2025 y se concedió a los panelistas un plazo de seis semanas para completarla (incluida una prórroga de una semana) durante el que se enviaron hasta tres correos personalizados de recordatorio. Además del enlace a la encuesta, a cada panelista se le envió por correo electrónico un informe de los resultados de la primera ronda que contenía la distribución de las respuestas para cada afirmación así como todos los comentarios de la primera ronda. En la segunda ronda, aquellas preguntas que habían obtenido un grado de consenso inferior al 90% en la primera ronda o aquellas que, con una puntuación superior, se consideró que con los comentarios de los panelistas se podían concretar para maximizar su consenso, se revisaron y reformularon en afirmaciones a partir de los comentarios de los panelistas. De este modo, la 2ª ronda incluyó 12 afirmaciones (ver Anexo 4). De nuevo, se pidió a los panelistas que calificaran el grado de acuerdo en una escala de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo) y se les proporcionó un espacio para hacer comentarios para cada afirmación.

Análisis de datos

Análisis del cuestionario

Las respuestas de los cuestionarios de las dos rondas se analizaron con el objetivo de calcular los porcentajes de acuerdo de las personas participantes. En las preguntas (1ª ronda) y afirmaciones (2ª ronda) con ítems de grado de acuerdo, de los cinco niveles de respuesta posibles (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo), se consideraron como respuestas de acuerdo las dos opciones superiores (De acuerdo y Totalmente de acuerdo). Por el contrario, las opciones inferiores (Totalmente en desacuerdo y En desacuerdo) se interpretaron como respuestas de desacuerdo, mientras que la opción “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” se clasificó como una posición neutra. Hasson et al. (2000) señalaron que en la literatura se han utilizado valores de entre el 51 % y el 80 % de acuerdo como puntos de corte para determinar el consenso. Con el objetivo de conseguir acuerdos muy robustos, en la primera ronda, se estableció como punto de corte de consenso o de acuerdo el 90%. Se optó por un umbral de consenso muy estricto en la primera ronda, dado que esta fase inicial permitía modificar, ampliar o precisar las preguntas en las rondas subsiguientes. De este modo, se pretendía que sólo se consideraran consensuados aquellos acuerdos con un nivel de robustez particularmente alto. Por tanto, aquellas preguntas de la ronda 1 que, al sumar los porcentajes de las dos opciones superiores (‘De acuerdo’ y ‘Totalmente de acuerdo’), no obtuvieron una puntuación del 90% o superior, fueron reformuladas para la ronda 2 a partir de los comentarios de los panelistas. Además, también se reformularon aquellas que, aun superado ese porcentaje, podían concretarse mejor para maximizar el consenso. En la segunda ronda se optó por establecer como punto de corte de consenso el 80% que fue el umbral máximo que recogen Hasson et al. (2000). En las cuatro preguntas de elección múltiple de la primera ronda se calculó el porcentaje de cada una de las respuestas posibles obtenidas a partir de las respuestas de todos los panelistas. Finalmente, en la pregunta abierta de la primera ronda, se computaron las frecuencias de las respuestas más concurrentes (ver Anexo 3).

Análisis de los comentarios

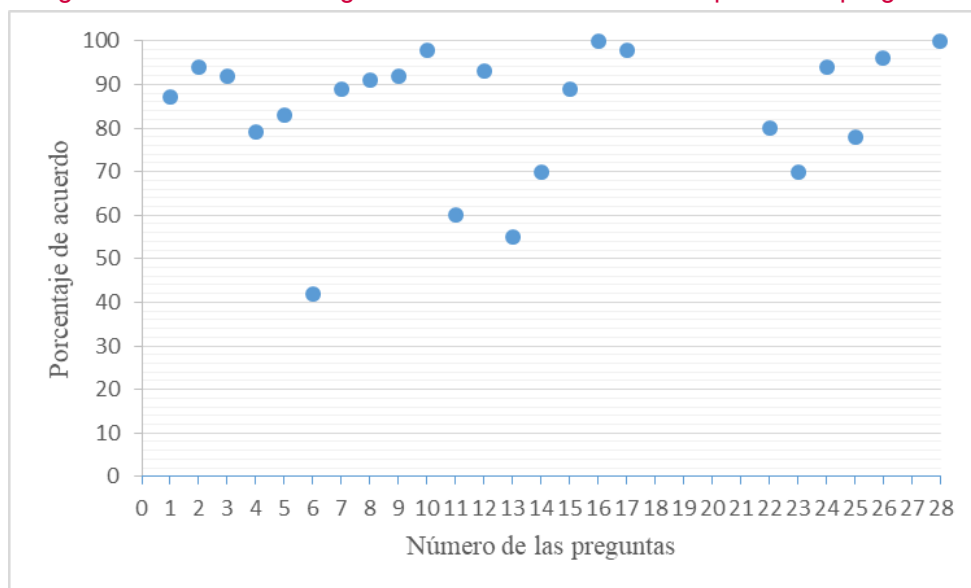
El análisis de los comentarios se llevó a cabo según el enfoque de análisis de contenido descrito por Bengtsson (2016). En primer lugar, se realizó una lectura general de las respuestas para tener una visión de todos los comentarios. A continuación, se identificaron las unidades de significado –frases o párrafos que abordan ideas recurrentes con cada cuestión. A partir de estas unidades, se elaboraron códigos de manera inductiva para facilitar la detección de conceptos clave, los cuales se agruparon posteriormente en categorías (Catanzaro, 1988). Una vez definidos los códigos y categorías, se procedió a la elaboración de las afirmaciones de la segunda ronda con la pretensión recoger el máximo consenso mostrado en los comentarios.

Resultados

Ronda 1

La Figura 2 presenta la distribución de las 28 preguntas según su nivel de acuerdo. Se observa que hubo un alto grado de acuerdo en 11 preguntas que superaron el umbral predefinido de un 90% de acuerdo, mientras que 13 preguntas se quedaron por debajo de ese umbral. Las cinco preguntas restantes son preguntas de opción múltiple o abierta. El grado de acuerdo medio en esta ronda fue del 83,91%.

Figura 2. Distribución del grado de acuerdo en la ronda 1 para cada pregunta.



Nota: El porcentaje de acuerdo se presenta en tanto por ciento (%). El número de las preguntas se refiere al número de cada pregunta en el cuestionario. Los puntos azules indican el porcentaje de acuerdo de cada pregunta que se obtuvo a partir de la suma de los porcentajes de las dos opciones superiores (“De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”). Las preguntas 18-21 y 27 no muestran ningún porcentaje porque eran preguntas de opción múltiple o una pregunta abierta.

En la primera ronda, once preguntas generaron un alto consenso al superar el umbral predefinido (90% de acuerdo). En cambio, doce cuestiones no alcanzaron dicho umbral. En la Tabla 2 se recogen tanto las preguntas que superaron el acuerdo (ordenadas de mayor a menor porcentaje) como las que no lo alcanzaron (ordenadas de menor a mayor).

Tabla 2. Grado de acuerdo en la primera ronda: Preguntas que alcanzaron o no el umbral predefinido (90%) y sus porcentajes.

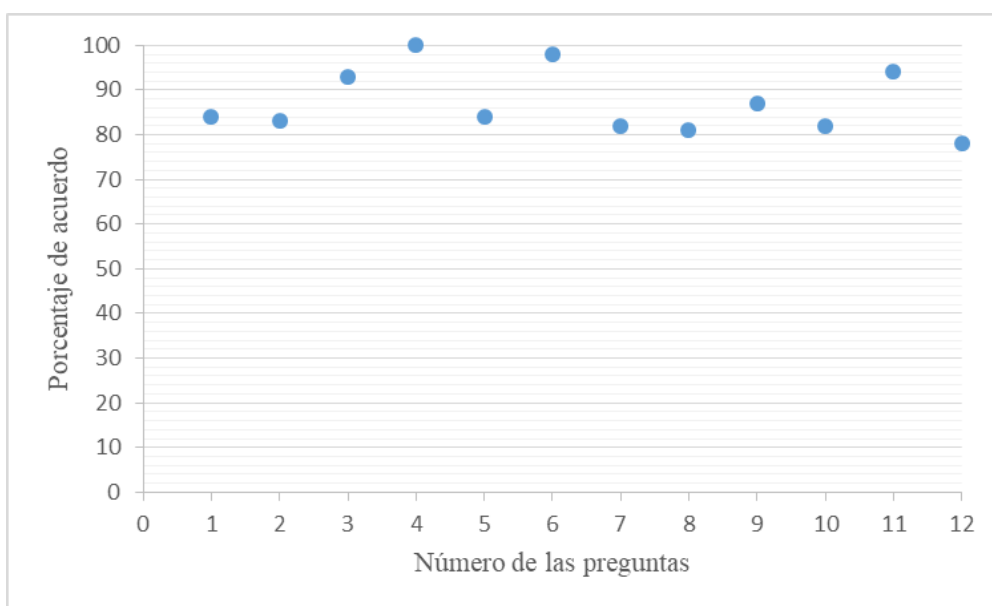
Preguntas que Sí alcanzaron el umbral de acuerdo		Preguntas que NO alcanzaron el umbral de acuerdo	
Pregunta	Porcentaje	Pregunta	Porcentaje
Pregunta 28	100%	Pregunta 6	42%
Pregunta 16	100%	Pregunta 13	55%
Pregunta 17	98%	Pregunta 11	60%
Pregunta 10	98%	Pregunta 14	70%
Pregunta 26	96%	Pregunta 23	70%
Pregunta 24	94%	Pregunta 25	78%
Pregunta 2	94%	Pregunta 4	79%
Pregunta 12	93%	Pregunta 22	80%
Pregunta 9	92%	Pregunta 5	83%
Pregunta 3	92%	Pregunta 1	87%
Pregunta 8	91%	Pregunta 7	89%
		Pregunta 15	89%

Las respuestas de las cuatro preguntas con opción múltiple (preguntas 18, 19, 21 y 27) y de la pregunta abierta pregunta 20) se encuentran en el Anexo 3. Como puede observarse, en todas se obtuvieron respuestas que alcanzaron valores de acuerdo superiores al 80% en al menos una de las opciones que se ofrecían como posibles respuestas. Finalmente, a partir de los comentarios de aquellas preguntas que habían quedado por debajo del umbral predefinido de acuerdo (90% de acuerdo) se elaboraron las afirmaciones de la segunda ronda. En la redacción de estas afirmaciones se trató de recoger el máximo consenso, a partir de los códigos y categorías obtenidos en el análisis.

Ronda 2

La Figura 3 presenta la distribución de las 12 afirmaciones según su nivel de acuerdo en la ronda 2.

Figura 3. Distribución del grado de acuerdo en la ronda 2 para cada afirmación.



Nota: El porcentaje de acuerdo se presenta en tanto por ciento (%). El número de las afirmaciones se refiere al número de cada afirmación en el cuestionario. Los puntos azules indican el porcentaje de acuerdo de cada afirmación que se obtuvo a partir de la suma de los porcentajes de las dos opciones superiores (“De acuerdo” y “Totalmente de acuerdo”).

En la segunda ronda, prácticamente todas las cuestiones generaron un consenso que superó el umbral predefinido de consenso (80% de acuerdo). En cambio, sólo una afirmación no alcanzó dicho umbral. En la Tabla 3 se recogen tanto las afirmaciones que superaron el acuerdo (ordenadas de mayor a menor porcentaje) como la que no lo alcanzó. Con estos resultados, el grado de acuerdo medio en esta segunda ronda fue del 81,17%.

Tabla 3. Grado de acuerdo en la segunda ronda: Afirmaciones que alcanzaron o no el umbral predefinido (90%) y sus porcentajes.

Preguntas que SÍ alcanzaron el umbral de acuerdo		Preguntas que NO alcanzaron el umbral de acuerdo	
Pregunta	Porcentaje	Pregunta	Porcentaje
Afirmación 4	100%	Afirmación 12	78%
Afirmación 6	98%		
Afirmación 11	94%		
Afirmación 3	93%		
Afirmación 9	87%		
Afirmación 1	84%		
Afirmación 5	84%		
Afirmación 2	83%		
Afirmación 7	82%		
Afirmación 10	82%		
Afirmación 8	81%		

Consenso final

La organización de los consensos alcanzados se recogen en 25 afirmaciones que se distribuyen de acuerdo con los ejes temáticos analizados en el presente estudio: terminología, subtipos, comorbilidades y diagnóstico. De este modo, para organizar esta sección se han incluido todas las cuestiones que alcanzaron el umbral de acuerdo de la primera ronda y las que lo hicieron en la segunda sobre el mismo eje temático. Además, en la Tabla 4, al final de la sección de resultados, se recoge un resumen de los principales consensos alcanzados en el estudio por cada eje temático.

A. Terminología del trastorno del lenguaje oral

1. Trastorno del lenguaje (Grado de acuerdo del 87% en 1ª ronda - pregunta 1).

*Los niño/as con dificultades significativas y persistentes en el desarrollo del lenguaje que afectan al desarrollo social y escolar serán designados como niño/as con “**Trastorno del lenguaje**”.*

Comentario complementario: A partir de los comentarios de la primera ronda reformulamos esta afirmación en la segunda ronda y se añadió al final “sólo como descripción clínica hasta que se emita un diagnóstico específico como Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL) u otro trastorno o síndrome”. Esta afirmación, sin embargo, obtuvo un grado de acuerdo menor que en la primera ronda; por ello, en el consenso final se ha mantenido la redacción de la primera ronda.

2. Trastorno del lenguaje asociado a... (Grado de acuerdo del 94% en 1ª ronda - pregunta 2).

*A aquellos/as niños/as que presentan afectación en el lenguaje oral que ocurra como consecuencia de una condición biomédica, se les debe diagnosticar, respecto a su habilidad del lenguaje como “**Trastorno del lenguaje asociado a...** (se indica aquí la condición médica primaria que provoca de forma secundaria la afectación en el lenguaje)”.*

Comentario complementario: Esta pregunta, que recogía el acuerdo llevado a cabo por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017), alcanzó un grado de acuerdo muy alto en la 1ª ronda (94%).

3. Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) (Grado de acuerdo del 92% en 1ª ronda - pregunta 3).

*Para los niños que presentan una afectación grave en el lenguaje oral sin que haya un trastorno asociado ni una explicación clara de las causas o etiología se utilizará como etiqueta diagnóstica **trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)**.*

Comentario complementario: Esta pregunta, que recogía el acuerdo llevado a cabo por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017), alcanzó un grado de acuerdo muy alto en la 1ª ronda (92%).

4. Inicio tardío del lenguaje o hablante tardío (Grado de acuerdo del 83% en 2ª ronda - afirmación 2).

Para describir a aquellos/as niño/as que presentan dificultades del lenguaje antes de cumplir los 4 años y que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con un trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL), se recomienda utilizar el término “inicio tardío del lenguaje” o “hablante tardío”.

Comentario complementario: La pregunta en la primera ronda, planteaba utilizar el término “dificultades del lenguaje” que el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017) propuso utilizar para aquellos/as niño/as que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con un trastorno del desarrollo del lenguaje. Esta afirmación alcanzó un porcentaje de acuerdo del 79%. A partir de los comentarios de los panelistas se reformuló tal y como se refleja arriba y alcanzó un mayor acuerdo (83%).

B. Subtipos del TDL

5. Subtipos de TDL (Grado de acuerdo del 93% en 2ª ronda - afirmación 3).

En el diagnóstico del TDL no se indicarán subtipos pero se recogerá una descripción de la forma más precisa de las principales áreas del lenguaje y la comunicación afectadas en el momento de la evaluación.

Comentario complementario: Esta propuesta fue realizada por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017) y ha sido ampliamente avalada por el consorcio AHITL. En la primera ronda, de forma complementaria a esta pregunta se había planteado otro interrogante (pregunta 6) sobre si se deben distinguir los tres subtipos del trastorno del desarrollo del lenguaje que recoge la CIE-11 (WHO, 2019). Como hemos indicado en la introducción del artículo, mientras que el DSM-5-TR (APA, 2022) no distingue subtipos del trastorno del lenguaje, la CIE-11 (WHO, 2019) incluye tres variantes del trastorno (TDL con afectación en el lenguaje receptivo y expresivo, TDL con afectación principalmente en el lenguaje expresivo y TDL con afectación principalmente en la pragmática). El grado de acuerdo sobre la posibilidad de dividir el TDL en los tres subtipos que recoge el CIE-11 (WHO, 2019) solo alcanzó un porcentaje de acuerdo del 42% en la primera ronda. Por ello, esta afirmación quedó descartada para la segunda ronda y se reformuló ligeramente la pregunta sobre la descripción de principales áreas del lenguaje y la comunicación afectadas que obtuvo un alto grado de acuerdo (93%).

C. Comorbilidades del TDL

6. Trastornos excluyentes (Grado de acuerdo del 100% en 2ª ronda - afirmación 4).

Los niños/as que tengan alguno de los siguientes trastornos excluyentes:

- Daño cerebral
- Trastornos neurodegenerativos
- Parálisis cerebral
- Hipoacusia neurosensorial
- Síndromes genéticos
- Autismo o Trastorno del Espectro Autista
- Discapacidad intelectual
- Mutismo psicógeno o selectivo

No serán diagnosticados con TDL, sino con ese trastorno. Sin embargo, se señalará que tienen un “Trastorno del lenguaje asociado a...” (indicando el trastorno principal que afecta a su lenguaje de forma secundaria). Esto permite hacer más clara la dificultad en el lenguaje y facilita que reciban atención especializada en esta área.

Comentario complementario: Esta propuesta fue realizada por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017). En la primera ronda se preguntó a los panelistas si estaban de acuerdo que esos trastornos fueran excluyentes del TDL y se alcanzó un grado de acuerdo del 89%. En la segunda ronda se reformuló la pregunta, de acuerdo con los comentarios de los panelistas, generando la afirmación presentada arriba y el grado de acuerdo fue máximo (100%).

7. Trastornos comórbidos (Grado de acuerdo del 91% y 92% en 1ª ronda- preguntas 8 y 9).

En el caso que un/a niño/a presente de forma concurrente alguno de los trastornos siguientes:

- TDAH
- Problemas motores (que incluyen el trastorno del desarrollo de la coordinación o la dispraxia evolutiva)
- Trastornos del aprendizaje (como la dislexia, la discalculia o la disgrafía)
- Trastornos de la fluidez (tartamudez, taquialalia y bradialalia, cluttering o farfulleo y disprosodia)
- Trastorno de los sonidos del habla cuando la afectación sea de naturaleza orgánica (por ejemplo, insuficiencia velofaríngea)
- Trastornos de la conducta

- Trastornos emocionales

se le deberá diagnosticar como trastornos comórbidos al TDL.

Comentario complementario: Esta afirmación está sustentada en las preguntas 8 y 9 de la primera ronda. La primera de ellas recogía prácticamente de forma literal el acuerdo alcanzado por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017) y la segunda proponía ampliar los posibles trastornos comórbidos con la inclusión de los trastornos del aprendizaje (como la dislexia, la discalculia o la disgrafía) y los trastornos de la fluidez (tartamudez, taquialalia y bradialalia, cluttering o farfuleo y disprosodia). Estos trastornos recibieron un gran acuerdo en la primera ronda para ser incluidos como comórbidos (grado de acuerdo del 92%, pregunta 9) y, por ello, se han integrado en la afirmación superior.

B. Diagnóstico del TDL

8. Áreas de afectación del TDL (Grado de acuerdo del 98% en 1ª ronda - pregunta 10).

El trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) puede afectar a una o diversas de las siguientes áreas:

- Fonología
- Sintaxis
- Morfología
- Semántica
- Acceso al léxico
- Pragmática
- Discurso
- Aprendizaje verbal/memoria

Comentario complementario: Esta pregunta, que recogía el acuerdo llevado a cabo por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017), alcanzó un grado de acuerdo muy alto en la 1ª ronda (98%).

9. Afectación en el área de la cognición social (Grado de acuerdo del 84% en 2ª ronda - afirmación 5).

Aquellos niños/as que presentan una afectación fundamentalmente a nivel de comunicación social (dificultades a nivel semántico-pragmático en la comunicación verbal y no verbal), en primer lugar deberán ser evaluados para descartar que presentan TEA mediante pruebas estandarizadas como la Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2 (ADOS-2). En caso de no cumplir con los criterios para el diagnóstico de TEA se le debería hacer una evaluación exhaustiva del lenguaje. En el caso de tener alguna área afectada más allá de la semántico-pragmática, se le deberá diagnosticar como trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL). Solo en aquellos casos que no se encontrara ninguna otra área del lenguaje afectada sería justificado emitir un diagnóstico de Trastorno de la Comunicación Social (Pragmático).

Comentario complementario: En la primera ronda se planteó una pregunta sobre si los niños con una afectación fundamentalmente de la cognición social deben ser diagnosticados como niños con TDL (pregunta 11). Sin embargo, el grado de acuerdo fue solo del 60%. A partir de los comentarios de los panelistas, se elaboró la afirmación cinco de la ronda 2 que obtuvo un amplio grado de acuerdo (84%). Esta afirmación propone una solución ejecutiva a las discrepancias que existen entre el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017), el DSM-V-TR (APA, 2022) y el CIE-11 (WHO, 2019) y propone un árbol de decisiones para poder descartar el autismo o TEA y el *Trastorno de la Comunicación Social (Pragmático)* que recoge el DSM-V-TR (APA, 2022) y que los niños/as que presentan una afectación a nivel de comunicación social junto con alguna otra área del lenguaje sean diagnosticados como TDL.

10. Evaluaciones continuas en hablantes tardíos (Grado de acuerdo del 93% y del 98% en la pregunta 12 de la 1ª ronda y la afirmación 6 en la 2ª ronda).

Para los niños que presentan un inicio tardío del lenguaje, que se conocen como hablantes tardíos, se recomienda iniciar una intervención preventiva y llevar a cabo un seguimiento frecuente para monitorizar su evolución. La cadencia de este seguimiento puede variar dependiendo de la edad y de las características del niño. Cuando son más pequeños (de 0 a 3 años) y presentan una mayor afectación es aconsejable realizar el seguimiento en periodos cortos (de unos 3 a 6 meses) y en edades más posteriores (de los 3 años en adelante) se puede llevar a cabo cada 6 o incluso 9 meses. En caso de mantenimiento de las dificultades se les debería aplicar una evaluación detallada que incluya tareas de evaluación dinámica para analizar la capacidad de aprendizaje del lenguaje.

Comentario complementario: Esta pregunta alcanzó un grado de acuerdo muy alto en la 1ª ronda de acuerdo con la propuesta que acordó el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2016) que propuso que dado que muchos hablantes tardíos evolucionan favorablemente sin ninguna ayuda especial y es difícil predecir cuáles de estos niños tendrán problemas a largo plazo, se debe hacer una evaluación cada seis meses para seguir

su evolución. Sin embargo, a partir de los comentarios de los panelistas complementamos y ampliamos esta propuesta con la afirmación 6 de la 2ª ronda que alcanzó todavía un mayor grado de acuerdo (98%).

11. Diagnóstico de TDL en hablantes tardíos (Grado de acuerdo del 92% en 2ª ronda - afirmación 7).

Los hablantes tardíos que presenten una o todas las siguientes características tienen una probabilidad muy alta que su evolución del lenguaje siga alterada en el futuro:

- Pobre comprensión de lenguaje
- Pobre uso de gestos para comunicarse
- Antecedentes familiares de dificultades del lenguaje o trastorno de lenguaje

Por ello, es necesario que se les aplique una evaluación completa para analizar en detalle sus habilidades de comunicación y lenguaje e iniciar una intervención preventiva, así como llevar a cabo un seguimiento frecuente para monitorizar su evolución puesto que el riesgo de presentar TDL es muy elevado. Hasta que su evolución no permita determinar si presentan un desarrollo del lenguaje dentro de la normalidad o TDL, se les caracterizará como niños con inicio tardío del lenguaje o hablantes tardíos.

Comentario complementario: En la primera ronda se planteó, según la propuesta del consorcio CATALISE (Bishop et al., 2016), una pregunta (número 13) sobre si se debe diagnosticar como TDL a aquellos hablantes tardíos que tengan entre 2 y 3 años y presenten una o alguna de las tres características (pobre comprensión de lenguaje y/o pobre uso de gestos y/o antecedentes familiares de dificultades del lenguaje o trastorno de lenguaje). Sin embargo, el grado de acuerdo fue muy bajo (55%). A partir de las aportaciones de los panelistas se elaboró la afirmación que se presenta en este punto y obtuvo un porcentaje de acuerdo muy elevado (92%).

12. Edad mínima para el diagnóstico de TDL (Grado de acuerdo del 81% en 2ª ronda - afirmación 8).

El diagnóstico de Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL) puede efectuarse a partir de los 4 años cuando la sintomatología del lenguaje sea severa y persistente. Es decir, cuando se presentan diversos hitos del desarrollo lingüístico con un retraso significativo o un desarrollo atípico y cuando se muestra una gran resistencia a la mejora con la intervención. Antes de esa edad no es recomendable emitir un diagnóstico de TDL.

Comentario complementario: En la primera ronda se planteó la pregunta de si los panelistas estaban de acuerdo en no emitir un diagnóstico de TDL hasta los cinco años (pregunta 14). Esta pregunta obtuvo un porcentaje de acuerdo del 70%. Por ello, se reformuló en la afirmación 8 de la 2ª ronda que obtuvo un grado de acuerdo del 81%.

13. Diagnóstico de TSH (Grado de acuerdo del 89% en 1ª ronda - pregunta 15).

Los niños que presenten dificultades fonológicas de origen funcional en la educación infantil que no van acompañadas de otros problemas del lenguaje suelen responder bien a la intervención. En estos casos, cuando la afectación se encuentra únicamente en la fonología, el diagnóstico no debe ser de TDL sino el de trastorno de los sonidos del habla (TSH).

Comentario complementario: Esta pregunta, que recogía el acuerdo llevado a cabo por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2017), alcanzó un grado de acuerdo muy alto en la 1ª ronda. Sin embargo, a partir de los comentarios de los panelistas se consideró ampliar la afirmación así en la 2ª ronda (afirmación 9): *Los niños que sólo presentan dificultades a nivel fonético y fonológico en la educación infantil y que no van acompañadas de problemas en otras áreas del lenguaje se deben diagnosticar como trastorno de los sonidos del habla (TSH) en lugar de TDL. Si presentan dificultades en otras áreas del lenguaje, se les diagnosticará como TDL. Si presentan TSH cuya afectación sea de naturaleza anatómica o motora (por ejemplo, insuficiencia velofaríngea), se les diagnosticará como TDL+TSH (el TSH es comórbido al TDL).* Sin embargo, esta afirmación quedó ligeramente por debajo en el grado de acuerdo de la pregunta de la 1ª ronda (87%) y por eso se recoge en el consenso la primera propuesta.

14. Derivación para llevar a cabo una evaluación del lenguaje (Grado de acuerdo del 100% en 1ª ronda - pregunta 16).

En los siguientes casos, se debe hacer una derivación a un profesional especializado para que lleve a cabo una evaluación del lenguaje:

- Cuando el profesorado, las familias o profesionales de la salud muestren una preocupación por el desarrollo del habla, el lenguaje o la comunicación.
- Cuando se observe una falta de progreso en el desarrollo del lenguaje y/o en el desempeño escolar o académico.
- En los niños presenten dificultades conductuales o psiquiátricas; de comprensión lectora o de audición.

Comentario complementario: Esta pregunta, que recogía el acuerdo llevado a cabo por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2016), alcanzó un acuerdo unánime.

15. Fuentes para el Diagnóstico de TDL (Grado de acuerdo del 98% en 1ª ronda - pregunta 17).

La evaluación para llevar a cabo el diagnóstico de TDL deben incluir múltiples fuentes:

- *Entrevistas o cuestionarios a familia y profesorado*
- *Observación directa del niño*
- *Tests estandarizados*
- *Evaluaciones basadas en criterios evolutivos*
- *Descripción cualitativa del desempeño comunicativo a partir de muestras del lenguaje espontáneo*

Comentario complementario: Esta pregunta, que recogía el acuerdo llevado a cabo por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2016), alcanzó un acuerdo muy elevado (98%).

16. Áreas de evaluación para el Diagnóstico de TDL (1ª ronda - pregunta 17).

Para emitir un diagnóstico de TDL se requiere la evaluación de, al menos, el Lenguaje (receptivo y expresivo), la Pragmática, el nivel cognitivo, la Audición y el habla.

Comentario complementario: Esta pregunta de opción múltiple mostró que las respuestas que obtuvieron un porcentaje de respuesta superior al 80% fueron (de mayor a menor acuerdo): el Lenguaje (receptivo y expresivo) (100% de acuerdo), la Pragmática (94% de acuerdo), el nivel cognitivo (94% de acuerdo), la Audición (88% de acuerdo), el habla (84% de acuerdo).

17. Requisitos para la selección de tests estandarizados para la evaluación de TDL (1ª ronda - pregunta 18).

Para la selección de tests estandarizados para la evaluación de TDL se requiere que cumplan estos requisitos:

- *Que tenga una buena fiabilidad y validez*
- *Que esté desarrollado en o adaptado al contexto lingüístico y cultural*
- *Que cuente con una sensibilidad y especificidad de al menos el 80%*

Comentario complementario: Esta pregunta de múltiple opción mostró que las respuestas que obtuvieron un porcentaje de respuesta superior al 80% fueron (de mayor a menor acuerdo): Que tenga una buena fiabilidad y validez (94% de acuerdo) y que esté desarrollada en o adaptada al contexto lingüístico y cultural (90% de acuerdo) y que cuente con una sensibilidad y especificidad de al menos del 80% (80% de acuerdo).

18. Prueba con suficientes garantías para la evaluación de los niños con TDL (1ª ronda - pregunta 18).

Para la evaluación de los niños con TDL las pruebas más recomendadas son las pruebas de Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje (CELF) en sus diferentes versiones.

Comentario complementario: En esta pregunta abierta, la respuesta con mayor frecuencia fueron las pruebas de Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje (CELF) en sus diferentes versiones. Sin embargo, el número de participantes que las recomendaron fueron 24 personas que representan el 47% de todos los expertos. Aunque este porcentaje fue mucho más elevado que las otras pruebas, no se alcanzó un alto grado de unanimidad (ver Anexo 3).

19. Agente en la evaluación y diagnóstico de los niños con TDL (1ª ronda - pregunta 19).

El agente fundamental en la evaluación y diagnóstico de los niños con TDL debe ser el logopeda / fonoaudiólogo / terapeuta del habla y del lenguaje.

Comentario complementario: En esta pregunta de múltiple opción la única respuesta que obtuvo un porcentaje de respuesta superior al 80% fue el logopeda / fonoaudiólogo / terapeuta del habla y del lenguaje con un 100% de acuerdo.

20. CINV mínimo para el diagnóstico del TDL (Grado de acuerdo del 82% en la 2ª ronda - afirmación 10).

Para diagnosticar a un/a niño/a con TDL, debe descartarse que presente una discapacidad intelectual. Para ello, se llevará a cabo una evaluación por un profesional especializado destinada a establecer el cociente intelectual mediante un test objetivo (que tenga una buena fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad). En el caso que el cociente intelectual sea igual o superior a 70 y presente un trastorno grave y persistente en el desarrollo del lenguaje, se le diagnosticará como TDL. En el caso que la puntuación sea inferior a 70 y se presente con un déficit en la conducta adaptativa, se le diagnosticará con una discapacidad intelectual y presentará un trastorno del lenguaje asociado a discapacidad intelectual.

Comentario complementario: En la 1ª ronda se preguntó por el CINV mínimo de 70, el umbral mínimo que había fijado el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2016), para el diagnóstico del TDL (pregunta 22) y la pregunta consiguió un acuerdo del 80%. Con las aportaciones de los comentarios de los panelistas se elaboró la afirmación de la 2ª ronda que obtuvo ligeramente más acuerdo (82%).

21. Punto de corte en test de lenguaje para el diagnóstico del TDL (Grado de acuerdo del 94% en la 2ª ronda - afirmación 11).

Para diagnosticar a un/a niño/a con TDL, el desarrollo de su lenguaje debe presentar un trastorno severo y persistente y que afecte a su desarrollo social y escolar. Establecer un punto de corte a nivel general para todas las pruebas estandarizadas de evaluación del lenguaje es muy impreciso porque depende de las áreas que evalúen las pruebas y de sus características psicométricas (fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad). Además, es necesario remarcar que el diagnóstico debe llevarse a cabo a partir de información cualitativa y cuantitativa recogida por diversas fuentes y no solo a partir de una prueba estandarizada.

Comentario complementario: En la 1ª ronda se preguntó por la propuesta del consorcio CATALISE (Bishop et al., 2016) que acordó la eliminación de un punto de corte en los tests estandarizados de evaluación del lenguaje para el diagnóstico de TDL y en su lugar optó por visión más holística que recoge que el trastorno debe ser significativo y persistente y afectar al desarrollo social y escolar. Esta opción concitó un acuerdo del 70%. Con las aportaciones de los comentarios de los panelistas se elaboró la afirmación de la 2ª ronda que obtuvo un mayor grado de acuerdo (94%).

22. Afectación funcional como criterio diagnóstico del TDL (Grado de acuerdo del 94% en la 1ª ronda - pregunta 24).

La afectación funcional respecto al desarrollo social y escolar en su vida diaria debe ser un criterio para el diagnóstico del TDL.

Comentario complementario: Esta pregunta, que recogía el acuerdo llevado a cabo por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2016), alcanzó un grado de acuerdo muy alto en la 1ª ronda (94%).

23. Nivel de competencia en la L1 para el diagnóstico del TDL en niños/as con una limitada exposición a la lengua propia del país (Grado de acuerdo del 96% en la 1ª ronda - pregunta 26).

Para poder diagnosticar como TDL a un/una niño/a que tiene como primera lengua una lengua diferente a la del contexto en el que vive, se debe evaluar el nivel de competencia en su primera lengua y que muestre un trastorno significativo y persistente en las dos lenguas.

Comentario complementario: Esta pregunta, que recogía el acuerdo llevado a cabo por el consorcio CATALISE (Bishop et al., 2016), alcanzó un grado de acuerdo muy alto en la 1ª ronda (96%).

24. Alternativa ante la imposibilidad de evaluar la L1 para el diagnóstico del TDL en niños/as con una limitada exposición a la lengua propia del país (Grado de acuerdo del 96% en la 1ª ronda - pregunta 27)

Ante la imposibilidad de evaluar la L1 para el diagnóstico del TDL, se deben utilizar, al menos, estas diferentes herramientas y fuentes para analizar el desarrollo del lenguaje de un/una niño/a que tiene como primera lengua una lengua diferente a la del contexto en el que vive:

- Entrevistas o cuestionarios a familia y profesorado
- Observación directa del niño/a
- Descripción cualitativa del desempeño comunicativo

Comentario complementario: Esta pregunta de múltiple opción mostró que las respuestas que obtuvieron un porcentaje de respuesta superior al 80% fueron (de mayor a menor acuerdo): Entrevistas o cuestionarios a familia y profesorado (96%), Observación directa del niño/a (84%) y Descripción cualitativa del desempeño comunicativo (84%).

25. Diferencia de desarrollo del lenguaje del entorno y TDL (Grado de acuerdo del 100% en la 1ª ronda - pregunta 28)

Un/una niño/a que tiene como primera lengua una lengua diferente a la del contexto y que tiene un buen nivel de competencia en su primera lengua y todavía no en la lengua del entorno, tiene una diferencia de desarrollo del lenguaje del entorno y no un TDL.

Comentario complementario: Esta pregunta alcanzó un grado de acuerdo unánime en la 1ª ronda.

Tabla 4. Resumen de los principales consensos alcanzados en el estudio por cada eje temático.

Eje temático	Resumen de los consensos alcanzados
Terminología	Para describir a aquellos/as niño/as que presentan dificultades del lenguaje antes de cumplir los 4 años y que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con un trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL), se recomienda utilizar el término “inicio tardío del lenguaje” o “hablante tardío” . A todos los niño/as con dificultades significativas y persistentes en el desarrollo del lenguaje que afectan al desarrollo social y escolar serán designados de forma genérica como niño/as con “Trastorno del lenguaje” . Concretamente, a aquellos que la afectación en el lenguaje oral ocurra como consecuencia de una condición biomédica, se les debe diagnosticar, respecto a su habilidad del lenguaje como “Trastorno del lenguaje asociado a...” (indicando aquí la condición médica primaria que provoca de forma secundaria la afectación en el lenguaje). En cambio, cuando la afectación grave en el lenguaje oral se produzca sin que haya un trastorno asociado ni una explicación clara de las causas o etiología se utilizará como etiqueta diagnóstica trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) .
Subtipos	No se deben establecer subtipos formales del TDL y en su lugar proporcionar una descripción funcional de áreas afectadas . Son trastornos excluyentes del TDL el daño cerebral, los trastornos neurodegenerativos, la parálisis cerebral, la hipoacusia neurosensorial, los síndromes genéticos, el autismo, la discapacidad intelectual y el mutismo psicógeno o selectivo.
Comorbilidades	Son trastornos comórbidos del TDL, el TDAH, los trastornos motores, los trastornos del aprendizaje dislexia, los trastornos de la fluidez, los trastornos de la conducta y los trastornos emocionales. El diagnóstico del TDL requiere considerar que puede afectar a múltiples áreas lingüísticas , por lo que se debe realizar una evaluación exhaustiva que descarte inicialmente otras condiciones, especialmente cuando las dificultades se centran en la comunicación social y pragmática. Los niños con inicio tardío del lenguaje o factores de riesgo (pobre comprensión, escaso uso de gestos, antecedentes familiares) deben recibir intervención preventiva y seguimiento continuado , pudiendo establecerse un diagnóstico formal de TDL a partir de los cuatro años cuando las dificultades son severas y persistentes. En cambio, los problemas fonológicos aislados se diagnosticarán como trastorno de los sonidos del habla . La evaluación debe llevarse a cabo por un profesional especializado, basarse en múltiples fuentes de información y utilizar instrumentos fiables, válidos y culturalmente adecuados, evitando depender de un único punto de corte, y asegurando un cociente intelectual igual o superior a 70 . En niños con una limitada exposición a la lengua propia del país , el diagnóstico debe apoyarse en la evidencia de dificultades del lenguaje en ambas (L1 y L2) , recurriendo a la observación y entrevistas cuando no sea posible evaluar la lengua de origen, y teniendo en cuenta que una diferencia en la adquisición de la lengua del entorno no implica necesariamente un TDL .
Diagnóstico	

Discusión

El propósito de este estudio fue consensuar la terminología, los subtipos, las comorbilidades y el diagnóstico del trastorno del lenguaje oral infantil en los países de habla hispana. En concreto, se buscó acordar una terminología unificada, delimitar los subtipos y comorbilidades del trastorno y establecer criterios diagnósticos claros y compartidos para todo el contexto hispanohablante. Para ello, se seleccionó un panel de 51 expertos en el trastorno del lenguaje oral con un perfil variado y una amplia representación geográfica. Este panel participó en un estudio Delphi que se llevó a cabo en dos rondas. En la primera ronda se presentaron 28 preguntas (23 preguntas con ítems de grado de acuerdo, cuatro preguntas de elección múltiple y una pregunta abierta). En la segunda ronda, aquellas preguntas que habían obtenido un grado de consenso inferior al 90% en la primera ronda o que por los comentarios de los panelistas se consideró que se debían mejorar, se revisaron y reformularon en 12 afirmaciones. De nuevo, se solicitó a los panelistas que calificaran el grado de acuerdo en una escala de 5 puntos. Con los resultados de las dos rondas, se obtuvieron los consensos alcanzados que se recogieron en 25 afirmaciones organizadas según los ejes temáticos analizados en el presente estudio: terminología, subtipos, comorbilidades y diagnóstico.

En primer lugar, se acordó utilizar el término “trastorno del lenguaje” para describir de manera clínica las dificultades significativas y persistentes en el desarrollo del lenguaje que afectan al funcionamiento social y escolar de los niños. Cuando estas dificultades aparecen asociadas a una condición biomédica, se recomienda emplear la formulación “trastorno del lenguaje asociado a...” especificando la causa primaria que genera el trastorno del lenguaje; mientras que, en ausencia de una explicación etiológica clara, se utilizará el diagnóstico de “trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)”. Asimismo, para los niños menores de cuatro años que presentan dificultades tempranas sin cumplir los criterios diagnósticos de TDL, se sugiere emplear los términos “inicio tardío del lenguaje” o “hablante tardío”.

En relación con la clasificación, se acordó no establecer subtipos formales dentro del TDL, sino ofrecer una descripción detallada y precisa de las áreas del lenguaje y la comunicación afectadas en cada caso, ya

que la división propuesta por la CIE-11 entre formas receptivo-expresivas, expresivas y pragmáticas no alcanzó consenso. En cuanto a las comorbilidades, se consideró que los trastornos como el daño cerebral, la parálisis cerebral, la hipoacusia neurosensorial, los síndromes genéticos, el autismo o TEA, la discapacidad intelectual o el mutismo psicógeno o selectivo deben considerarse como trastornos excluyentes del diagnóstico de TDL, y utilizar en esos casos la formulación “trastorno del lenguaje asociado a...” para mostrar que el área del lenguaje está afectada en dichos trastornos. Por otro lado, se reconoció la frecuente coexistencia del TDL con otros trastornos como el TDAH, los trastornos motores, los trastornos del aprendizaje (incluyendo dislexia, discalculia y disgrafía), los trastornos de la fluidez, los trastornos del habla de origen orgánico, así como los trastornos conductuales y emocionales, los cuales deben considerarse comórbidos.

En el ámbito del diagnóstico, se consensó que el TDL puede afectar a distintas áreas lingüísticas como la fonología, la morfología, la sintaxis, la semántica, el léxico, la pragmática, el discurso y la memoria verbal. En los casos en que la afectación se centre en la comunicación social y pragmática, se debe descartar inicialmente un trastorno del espectro autista mediante pruebas estandarizadas y, si no se cumplen los criterios de este diagnóstico, se realizará una evaluación exhaustiva del lenguaje para determinar si se trata de un TDL o de un trastorno de la comunicación social. Para los niños con inicio tardío del lenguaje, se recomienda iniciar una intervención preventiva y realizar un seguimiento continuo, más frecuente en edades tempranas y con una periodicidad más amplia a medida que el niño crece. Los niños con pobre comprensión, escaso uso de gestos o antecedentes familiares de dificultades del lenguaje presentan un alto riesgo de evolución hacia un TDL, por lo que deben recibir una evaluación completa, intervención temprana y seguimiento continuado. El diagnóstico formal de TDL puede realizarse a partir de los cuatro años, siempre que las dificultades sean severas, persistentes y resistentes a la intervención. En cambio, las dificultades fonológicas aisladas deben diagnosticarse como “trastorno de los sonidos del habla (TSH)” y no como TDL.

Respecto al proceso de evaluación, se estableció que cualquier preocupación sobre el desarrollo del habla, el lenguaje o la comunicación debe dar lugar a una derivación a un profesional especializado, siendo el logopeda, fonoaudiólogo o terapeuta del habla y del lenguaje el principal responsable del diagnóstico. Este proceso debe apoyarse en múltiples fuentes de información que combinen entrevistas a familias y docentes, observación directa del niño/a, pruebas estandarizadas, criterios evolutivos y análisis cualitativos del desempeño comunicativo. Los instrumentos de evaluación deben presentar buena fiabilidad y validez, estar adaptados al contexto lingüístico y cultural y mostrar una sensibilidad y especificidad igual o superior al 80%. Además, debe descartarse la presencia de discapacidad intelectual mediante la evaluación del cociente intelectual, con un valor mínimo de 70 para el diagnóstico de TDL. No se recomienda fijar un punto de corte único en las pruebas estandarizadas, ya que el diagnóstico debe basarse en un enfoque clínico y funcional que contemple la afectación significativa y persistente en el desarrollo social y académico.

Finalmente, en el caso de niños hablantes de una primera lengua diferente a la del entorno, se acordó que el diagnóstico de TDL debe sustentarse en la evaluación de la competencia en sus dos lenguas y en la demostración de una alteración clara y duradera del lenguaje en ambas. Si la evaluación de la primera lengua no fuera posible, se deberán emplear otras fuentes como entrevistas a las familias y al profesorado, observación directa y descripciones cualitativas del desempeño comunicativo. Finalmente, también se acordó que una diferencia en el desarrollo de la lengua del entorno no implica la presencia de un trastorno del desarrollo del lenguaje.

Limitaciones

Aunque hemos señalado en la introducción las ventajas que ofrece la técnica Delphi para consensuar acuerdos, también presenta algunas limitaciones. Dos cuestiones especialmente relevantes para el presente estudio se refieren a la composición del panel y a la ausencia de estándares acordados sobre qué debe considerarse consenso y cómo debe interpretarse (Iqbal y Pison-Young, 2009).

Respecto a la composición del panel de expertos, este estuvo conformado por 51 personas con un perfil de formación y profesional variado y que pertenecen a 13 países de habla hispana. Aunque se efectuaron grandes esfuerzos por tener una gran variedad de perfiles y de procedencia geográfica, no se pudo contar con expertos de todos los países hispanohablantes. Además el número de participantes de cada país fue muy heterogéneo. En algunos países solo hubo un participante mientras que en otros como España participaron 14 personas. Esta diferente distribución obedece a la gran diversidad que hay en el número de investigadores y profesionales especializados en el trastorno de lenguaje oral entre países así como de la posibilidad de seleccionarlos y que aceptasen su participación. Con todo ello, la muestra recoge a un gran número de expertos de muchos países. No obstante, en futuros estudios sería conveniente poder contar con expertos de todos los países y con un número que fuera representativo de la población del país respecto del total de los países.

En relación con la ausencia de estándares sobre qué debe considerarse consenso y cómo debe interpretarse, se optó por criterios muy restrictivos para establecer el grado de consenso, puesto que en la primera ronda se fijó en el 90% al tener un carácter exploratorio y en el 80% en la segunda ronda. Con este criterio quedó una afirmación en la segunda ronda que no alcanzó el umbral de acuerdo (afirmación 12 en la 2ª ronda que obtuvo un 78% de acuerdo). Aunque los umbrales establecidos en el presente estudio son muy elevados, el mero hecho de fijar uno u otro porcentaje tiene un fuerte efecto en la selección final de los acuerdos que se alcanzan.

Con todo, y a pesar de estas limitaciones, esperamos que los resultados del presente estudio sirvan para avanzar hacia la unificación de criterios en el ámbito hispanohablante respecto a la terminología, subtipos, comorbilidades y diagnóstico del trastorno de desarrollo del lenguaje (TDL).

Reconocimiento de autoría

Llorenç Andreu: Conceptualización del artículo; Metodología; Realización de las estadísticas; Recogida de datos; Redacción primer documento; Revisión de la primera redacción del documento.

Alejandra Auza: Conceptualización del artículo; Metodología; Recogida de datos; Revisión de la primera redacción del documento.

Carmen Julia Coloma: Conceptualización del artículo; Metodología; Recogida de datos; Revisión de la primera redacción del documento.

Alejandro Segundo Dioses Chocano: Conceptualización del artículo; Metodología; Recogida de datos; Revisión de la primera redacción del documento.

M. Fernanda Lara Díaz: Conceptualización del artículo; Metodología; Recogida de datos; Revisión de la primera redacción del documento.

Verónica Maggio: Conceptualización del artículo; Metodología; Recogida de datos; Revisión de la primera redacción del documento.

Gabriela Simón-Cerejido: Conceptualización del artículo; Metodología; Recogida de datos; Revisión de la primera redacción del documento.

Consorcio AHITL: Recogida de datos.

Conflicto de intereses

Los autores informan de la ausencia de conflicto de intereses.

Agradecimientos

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los expertos que han participado en este estudio por dedicar generosamente su tiempo y a la Asociación Hispanohablante para el Estudio del Trastorno del Lenguaje (AHITL) por su inestimable apoyo en todo el proceso. Asimismo, agradecemos la colaboración de Raquel Balboa-Castells en la elaboración de los cuestionarios en línea en la plataforma Qualtrics.

Referencias

- Aguilar-Mediavilla, E., Buil-Legaz, L., Esteller-Cano, À., y Pérez-Castelló, J. A. (2019). Del trastorn específic del llenguatge (TEL) al trastorn del desenvolupament del llenguatge (TDL): un canvi de concepció sobre els trastorns del llenguatge. *Llengua, Societat i Comunicació*, 70-85. <https://dx.doi.org/10.1344/lsc-2019.17.7>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Association.
- 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://dx.doi.org/10.5209/rlog.70857>
- Andreu L., Igualada A., Ahufinger N., y Sanz-Torrent M. (2022). La situación del trastorno específico del lenguaje en los países hispanohablantes. *Revista de Investigación en Logopedia*, 12(1), e74552. <https://doi.org/10.5209/rlog.74552>
- Auza, A., Kapantzoglou, M., Murata, C., y Humarán, I. M. G. (2024). A first estimate of the prevalence of developmental language disorder in Mexico: A retrospective study. *Seminars in Speech and Language*, 45(3), 262-278. <https://doi.org/10.1055/s-0044-1785686>
- Auza, A., y Andreu, L. (coords.) (2025). *El trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) en niños hispanohablantes*. Ediciones Pirámide.
- Balboa-Castells, R., Ahufinger, N., Sanz-Torrent, M., y Andreu, L. (2024). Exploring Spanish writing abilities of children with developmental language disorder in expository texts. *Frontiers in Psychology*, 15, 1360245. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1360245>
- Bates, E., Bretherton, I., y Snyder, L. (1988). *From first words to grammar: Individual differences and dissociable mechanisms*. Cambridge University Press.
- Bishop, D. V., 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., Snowling, M. J., Thompson, P. A., Greenhalgh, T. y Catalise 2 Consortium. (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language

- development: Terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Boukdedid, R., Abdoul, H., Loustau, M., Sibony, O. y Alberti, C. (2011). Using and reporting the Delphi method for selecting healthcare quality indicators: a systematic review. *PLoS one*, 6(6), e20476. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0020476>
- De Cat, C., Kaščelan, D., Prévost, P., Serratrice, L., Tuller, L., Unsworth, S., y Q-BEx Consortium. (2023). How to quantify bilingual experience? Findings from a Delphi consensus survey. *Bilingualism: Language and Cognition*, 26(1), 112-124. <https://doi.org/10.1017/S1366728922000359>
- Diamond, I. R., Grant, R. C., Feldman, B. M., Pencharz, P. B., Ling, S. C., Moore, A. M., y Wales, P. W. (2014). Defining consensus: a systematic review recommends methodologic criteria for reporting of Delphi studies. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(4), 401-409. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.12.002>
- Hasson, F., Keeney, S., y McKenna, H. (2000). Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*, 32(4), 1008-1015. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.t01-1-01567.x>
- Iqbal, S. y Pison-Young, L. (2009). The Delphi method. *Psychologist*, 22, 598-601.
- Kornelis, M., Lee, H., Riegelman, A. y Finestack, L. H. (2025). The Progression of Developmental Language Disorder Terminology: A Scoping Review of American Speech-Language-Hearing Association Journals. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 68(4), 1837-1852. <https://doi.org/10.23641/asha.28508936>
- Qualtrics. (2025). *Qualtrics XM Platform (versión 2025.1)* [Software]. Qualtrics. <https://www.qualtrics.com>
- Sanz-Torrent, M., y Andreu, L. (coords.) (2023). *El trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL): Una mirada desde la investigación hacia la práctica*. Ediciones Pirámide.
- Schifano, J., y Niederberger, M. (2025). How Delphi studies in the health sciences find consensus: a scoping review. *Systematic Reviews*, 14(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02738-3>
- Thangaratinam, S., y Redman, C. W. (2005). The delphi technique. *The obstetrician & Gynaecologist*, 7(2), 120-125. <https://doi.org/10.1576/toag.7.2.120.27071>
- Tomasello, M. (2019). *Becoming human: A theory of ontogeny*. Harvard University Press.
- World Health Organization (2019). *International Classification of Diseases (11th Revision)*.

Anexo 1: Miembros del panel de expertos del Consorcio AHITL.

	Nombre y apellidos (por orden alfabético)	País
1	Víctor M. Acosta Rodríguez	España
2	Eva Aguilar-Mediavilla	España
3	Nadia Ahufinger	España
4	Waleska Alvarez	Uruguay
5	Iván Amado Fernández	España
6	Yralis Alcalá Aristimuño	Ecuador
7	Clara Andrés Roqueta	España
8	Claudia Araya Castillo	Chile
9	*Alejandra Auza	México
10	Raquel Ayuda	España
11	Martha M. Boullón	Argentina
12	Anny Castilla-Earls	Estados Unidos
13	Andrea Cano	Guatemala
14	*Carmen Julia Coloma Tirapegui	Chile
15	Pamela Corrales Ardiles	Perú
16	*Alejandro Segundo Dioses Chocano	Perú
17	Alejandra Figueroa Leighton	Chile
18	Alessandra Gianotti Loayza	Perú
19	Esther González	España
20	Kai Greene	Estados Unidos
21	Joana Hall	Panamá
22	Claudia Heisecke Brizuela	Paraguay
23	Alfonso Igalada	España
24	*María Fernanda Lara Díaz	Colombia
25	María Llorente	España
26	Amparo López Higuera	Colombia
27	*Veronica Maggio	Argentina
28	Alicia Maiocchi	Argentina
29	Sandra Manrique Céspedes	Perú
30	Nancy Mantiñan	Argentina
31	Belén Martínez Lietos	España
32	Lourdes Martínez Nieto	Estados Unidos
33	Lucía I. Méndez	Estados Unidos
34	Laura V. Mercado	Argentina
35	Elvira Mendoza Lara	España
36	Isabelle Monfort	España
37	Mariana Muttoni	Uruguay
38	Soledad Parada	Chile
39	Linna Diorella Reyes Sanabri	Honduras
40	Kenia Anjara Reyes Sanabria	Honduras
41	Daniela Paz Rojas Contreras	Chile
42	Mònica Sanz-Torrent	España
43	*Gabriela Simon-Cereijido	Estados Unidos
44	Paz Suárez Coalla	España
45	Betsy Suarez Silva	Perú
46	Casey Taliencich-Klinger	Estados Unidos
47	Milagros Tapia	Perú
48	Carolina Tripaldi	Argentina
49	Felipe Torres	Chile
50	Emma Elizabeth Tymczyszyn	Argentina
51	Ianina Wentinck	Estados Unidos

*Personas miembros de la Junta Directiva de AHITL que actuaron también como moderadores.

Anexo 2. Cuestionario de la 1ª ronda para el Estudio DELPHI sobre el TEL/TDL en población hispanohablante.

Introducción

El Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta aproximadamente a un 7,5% de la población y que compromete a la expresión y/o comprensión del lenguaje oral. Ante el gran desconocimiento del trastorno y la confusión generada a nivel profesional respecto a la etiqueta y los criterios diagnósticos, Bishop et al. (2016, 2017) llevaron a cabo dos estudios a través del método Delphi en el que participaron diferentes investigadores, profesionales especializados en el TEL así como personas de asociaciones de familiares del ámbito angloparlante (cuyo grupo se llamaron consorcio CATALISE). Las principales conclusiones fueron la apuesta por el cambio terminológico hacia el Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL) así como unos criterios de diagnóstico que enfatizan en las dificultades funcionales que genera el trastorno y en su pronóstico. Para una revisión de las conclusiones del consorcio CATALISE ver Andreu et al. (2022a).

Por otro lado, para analizar la situación actual del TEL/TDL en los países hispanohablantes Andreu et al. (2022b), llevaron a cabo un estudio basado en un cuestionario en el que participaron 43 informantes con experiencia en el estudio y la intervención en el TEL/TDL de 12 países hispanohablantes. En ese estudio se analizaron las etiquetas diagnósticas, la conceptualización, los criterios y herramientas diagnósticas, así como aspectos relativos a su contexto socioeconómico, político y de atención profesional en el contexto hispanohablante.

Finalmente, en un panel sobre el TEL/TDL en el marco del II Congreso CHITEL organizado por la Asociación Hispanohablante para el Estudio del Trastorno del Lenguaje (AHITL) que tuvo lugar en Bogotá en julio de 2023, los participantes compartieron opiniones y preguntas sobre el tema y se acordó la creación de este cuestionario para poder fijar unos criterios claros y compartidos para toda la comunidad hispanohablante respecto al TEL/TDL.

Este cuestionario es fruto de aquella discusión. En él se hace una revisión de las principales implicaciones que los resultados de estudios previos tienen en la conceptualización, la evaluación y diagnóstico del trastorno y se plantean diferentes preguntas para conocer su opinión sobre la idoneidad para adaptarlos/ajustarlos al contexto sociocultural y lingüístico de los países de habla hispana. Muchas gracias por su participación.

Bloque A. Terminología

El consorcio CATALISE propone que todos los niño/as que presentan dificultades significativas y persistentes en el desarrollo del lenguaje que afectan al desarrollo social y escolar en su vida diaria sean designados como niño/as con **“Trastorno del lenguaje”**. Del mismo modo, cuando la afectación en el lenguaje oral ocurre como consecuencia de una condición biomédica, la propuesta de CATALISE es diagnosticar a estos niños, respecto a su afectación en el lenguaje, como **“Trastorno del lenguaje asociado a...”** (indicando aquí la condición médica primaria que provoca de forma secundaria la afectación en el lenguaje). Finalmente, el consorcio CATALISE recomienda usar el término **“Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)”** para designar a aquellos niños cuya afectación grave en el lenguaje oral ocurre sin que haya un trastorno asociado ni una explicación clara que lo justifique.

1.- ¿Está de acuerdo en designar de forma genérica a todos los/las niños/as que presentan dificultades significativas y persistentes en el desarrollo del lenguaje que afectan al desarrollo social o escolar en su vida diaria como niño/as con **“Trastorno del lenguaje”?**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

2.- ¿Está de acuerdo que en aquellos/as niños/as que presentan afectación en el lenguaje oral que ocurre como consecuencia de una condición biomédica, se les diagnostique, respecto a su habilidad del lenguaje como **“Trastorno del lenguaje asociado a...” (indicando aquí la condición médica primaria que provoca de forma secundaria la afectación en el lenguaje)?**

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

3.- ¿Está de acuerdo en utilizar como etiqueta diagnóstica **trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) en lugar de “trastorno específico del lenguaje (TEL)”** para los niños que presentan una afectación grave en el lenguaje oral sin que haya un trastorno asociado ni una explicación clara de las causas o etiología?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

La tradicional distinción entre retraso del lenguaje y trastorno del lenguaje no tiene evidencia empírica. Por ello, el consorcio CATALISE propone utilizar el término “dificultades del lenguaje” en lugar de “retraso del lenguaje” para aquellos niños que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con un trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) pero presentan problemas en la adquisición del lenguaje.

4.- ¿Está de acuerdo en utilizar el término “dificultades del lenguaje” para aquellos/as niño/as que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con un trastorno específico / del desarrollo del lenguaje?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Bloque B. Subtipos

El consorcio CATALISE considera que las diversas clasificaciones del TDL que se han propuesto nunca han conseguido ser mutuamente excluyentes. Por ello, recomiendan que no se distingan diferentes subtipos de TDL sino que proponen que el diagnóstico debe indicar las áreas afectadas, por ejemplo, “Niño con TDL con afectación a nivel expresivo en fonología, acceso al léxico, morfología y sintaxis”. En la misma línea, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 revisado (DSM-V-TR) no incluye subtipos del trastorno del lenguaje. Sin embargo, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 (CIE-11) sí que se recogen tres subtipos del trastorno del desarrollo del lenguaje:

- Trastorno del desarrollo del lenguaje con afectación en el lenguaje receptivo y expresivo.
- Trastorno del desarrollo del lenguaje con afectación principalmente en el lenguaje expresivo.
- Trastorno del desarrollo del lenguaje con afectación principalmente en la pragmática

5.- ¿Está de acuerdo en no distinguir entre subtipos de TDL y en su lugar indicar las áreas afectadas en el diagnóstico? Por ejemplo, “Niño con TDL con afectación a nivel expresivo en fonología, acceso al léxico, morfología y sintaxis”.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

6.- ¿Está de acuerdo en distinguir los tres subtipos del trastorno del desarrollo del lenguaje que recoge el CIE-11?

- Trastorno del desarrollo del lenguaje con afectación en el lenguaje receptivo y expresivo.
- Trastorno del desarrollo del lenguaje con afectación principalmente en el lenguaje expresivo.
- Trastorno del desarrollo del lenguaje con afectación principalmente en la pragmática

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Bloque C. Comorbilidades

El consorcio CATALISE propone que estos trastornos sean excluyentes con el TDL. Por tanto, en el caso que un/a niño/a presente alguno de ellos, no se le deberá diagnosticar como TDL sino con ese trastorno:

- Daño cerebral
- Trastornos neurodegenerativos
- Parálisis cerebral
- Hipoacusia neurosensorial
- Síndromes genéticos
- Autismo
- Discapacidad intelectual
- Mutismo psicogeno o selectivo

7.- ¿Está de acuerdo en que todos estos trastornos sean excluyentes con el TDL?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE propone que estos trastornos sean comórbidos con el TDL. Por tanto, en el caso que un/a niño/a presente alguno de ellos, se le deberá diagnosticar con ese/esos trastornos además de con TDL:

- TDAH
- Problemas motores (incluyendo el trastorno del desarrollo de la coordinación o la dispraxia evolutiva)
- Dislexia
- Trastorno de los sonidos del habla cuando la afectación sea de naturaleza orgánica (por ejemplo, insuficiencia velofaríngea).
- Trastornos de la conducta
- Trastornos emocionales

8.- ¿Está de acuerdo en que todos estos trastornos sean comórbidos con el TDL?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Existen otros trastornos del aprendizaje (como el trastorno específico del aprendizaje, la discalculia o la disgrafía) y los trastornos de la fluidez que el consorcio CATALISE no los incluye como posibles trastornos comórbidos pero que la literatura científica ha mostrado que pueden presentarse conjuntamente con el TDL a pesar de tener una etiología distinta.

9.- ¿Está de acuerdo en que todos estos trastornos también sean comórbidos con el TDL?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Bloque D. Diagnóstico

El consorcio CATALISE, plantea que el trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) puede afectar a una o diversas de las siguientes áreas:

- Fonología
- Sintaxis
- Morfología
- Semántica

- Acceso al léxico
- Pragmática
- Discurso
- Aprendizaje verbal/memoria

10.- ¿Está de acuerdo en que el TDL pueda afectar a una o diversas de estas áreas?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Para aquellos niños que presentan una afectación fundamentalmente a nivel de cognición social (dificultades a nivel semántico-pragmático en la comunicación verbal y no verbal, diferenciándose del trastorno del espectro autista por la ausencia de intereses restringidos y/o actividades estereotipadas), el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 revisado (DSM-V-TR) recoge la categoría *Trastorno de la Comunicación Social* (Pragmático). Sin embargo, tanto el consorcio CATALISE como la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 (CIE-11) consideran que estos niños deben incluirse dentro del diagnóstico del TDL.

11.- ¿Está de acuerdo en que los niños con una afectación fundamentalmente a nivel de cognición social sean diagnosticados como niños con TDL?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Dado que muchos hablantes tardíos evolucionan favorablemente sin ninguna ayuda especial y es difícil predecir cuáles de estos niños tendrán problemas a largo plazo, el consorcio CATALISE recomienda una evaluación cada seis meses para seguir la evolución de los hablantes tardíos.

12.- ¿Está de acuerdo en hacer una evaluación cada 6 meses para seguir la evolución de los hablantes tardíos?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE, propone que aquellos hablantes tardíos que tengan entre 2 y 3 años y presenten dificultades de lenguaje se los diagnosticará como TDL si cumplen alguna de las siguientes características porque los estudios han demostrado que tienen una probabilidad muy alta que esta sea su evolución:

- Pobre comprensión de lenguaje y/o
- Pobre uso de gestos y/o
- Antecedentes familiares de dificultades del lenguaje o trastorno de lenguaje

13.- ¿Está de acuerdo que se puedan diagnosticar como TDL los hablantes tardíos que cumplan uno de los tres requisitos entre los 2 y los 3 años?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Si no presentan ninguno de estos tres factores, el consorcio CATALISE, propone que no se los debe diagnosticar con la etiqueta de TDL hasta los 5 años pero se debe llevar a cabo una espera vigilante con una evaluación cada seis meses.

14.- ¿Está de acuerdo que no se les diagnostique hasta los cinco años?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Los niños que presenten dificultades fonológicas de origen funcional en educación infantil que no van acompañadas de otros problemas del lenguaje suelen responder bien a la intervención. En estos casos, el consorcio CATALISE recomienda el diagnóstico de trastorno de los sonidos del habla (TSH) en lugar de TDL al ser poco probable que los problemas de lenguaje persistan.

15.- ¿Está de acuerdo en que cuando la afectación se encuentra únicamente en la fonología, el diagnóstico no debe ser de TDL sino el de trastorno de los sonidos del habla (TSH)?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE recomienda que la derivación a un profesional para hacer una evaluación especializada del lenguaje se haga cuando:

- El profesorado, las familias o profesionales de la salud muestren una preocupación por el desarrollo del habla, el lenguaje o la comunicación.
- Se observe una falta de progreso en el desarrollo del lenguaje y/o en el desempeño escolar o académico.
- Los niños presentan dificultades conductuales o psiquiátricas; de comprensión lectora y/o de audición.

16.- ¿Está de acuerdo que en estos casos se haga una evaluación especializada del lenguaje?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE recomienda que la evaluación para llevar a cabo el diagnóstico de TDL deben incluir múltiples fuentes:

- Entrevistas y/o cuestionarios a familia y profesorado
- Observación directa del niño
- Test estandarizados
- Evaluaciones basadas en criterios evolutivos
- Descripción cualitativa del desempeño comunicativo

17.- ¿Está de acuerdo que la evaluación para el diagnóstico del TDL incluya diversas fuentes y no se limite a test estandarizados?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

18.- ¿Cuáles cree que deben ser las áreas de desarrollo que se debe evaluar para el diagnóstico del TDL? (elección múltiple)

- a) Audición
- b) Habla
- c) Lenguaje (receptivo y expresivo)
- d) Pragmática

- b) Nivel cognitivo
- c) Funciones ejecutivas
- d) Desarrollo motriz
- e) Desarrollo emocional
- f) Desarrollo social
- g) Otras. Especificar:

La selección de los test estandarizados, aunque no sea la única fuente utilizada, es una decisión muy importante para llevar a cabo el proceso de evaluación. Sin embargo, hay una gran variedad de pruebas publicadas que evalúan diferentes aspectos y que se han publicado en diferentes países de habla hispana cuyas características socioculturales son muy diferentes.

19.- ¿Cuáles cree que son los requisitos que se deben tener en cuenta para la selección de test estandarizados para la evaluación de niños con sospecha de tener TEL/TDL? (elección múltiple)

- a) Que esté desarrollada en o adaptada al contexto lingüístico y cultural donde se va utilizar.
- b) Que la prueba evalúe un solo componente del lenguaje
- c) Que sea una batería de test que evalúe al menos el nivel de lenguaje expresivo y receptivo.
- d) Que tenga una buena fiabilidad y validez
- e) Que la prueba cuente con sensibilidad y especificidad adecuada (al menos 80%)
- g) Otros requisitos. Especificar:

20.- ¿Considera que hay alguna prueba en su contexto que tenga las suficientes garantías para la evaluación de los niños con TDL? ¿Cuáles?

Contexto/País/Lengua(s): Prueba:

21.- ¿Quién considera que debe ser el agente fundamental en la evaluación y el diagnóstico del TDL?

- a) Logopeda / fonoaudiólogo / terapeuta del habla
- b) Pediatra
- c) Psicólogo
- d) Maestro de educación especial
- e) Otro. Especificar:

El consorcio CATALISE establece que el cociente intelectual no verbal (CINV) mínimo que debe tener un/a niño/a con TDL sea una puntuación de 70 evaluado con pruebas estandarizadas (que es límite establecido a partir del que se considera que el niño presenta una discapacidad intelectual). Por tanto, los niños con TDL deberán obtener una puntuación de CINV superior a 70. En caso de ser inferior, se le deberá diagnosticar como discapacidad intelectual y presentará un trastorno del lenguaje asociado a discapacidad intelectual.

22.- ¿Está de acuerdo que el CINV mínimo para el diagnóstico de TDL sea una puntuación de 70?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE elimina un punto de corte psicométrico del nivel lingüístico para el diagnóstico de TDL. Históricamente se había establecido como punto de corte que los niños presentaran $-1,25$ o $-1,5$ desviaciones típicas (DT) por debajo de la media. En su lugar, el consorcio CATALISE opta por una visión más holística y recoge que el trastorno debe ser significativo y persistente y afectar al desarrollo social y/o escolar sin establecer un punto de corte a partir de test estandarizados en la evaluación del lenguaje.

23.- ¿Está de acuerdo que se elimine el punto de corte en los test estandarizados de evaluación del lenguaje para el diagnóstico de TDL?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

24.- Considera que la afectación funcional respecto al desarrollo social y/o escolar en su vida diaria debe ser un criterio para el diagnóstico del TDL?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE plantea que no se requiere ninguna discrepancia entre el nivel lingüístico y el CINV. La justificación que había detrás de este criterio era que debía existir una discrepancia considerable entre el nivel de lenguaje oral que había de ser más bajo de lo normal y la inteligencia no verbal que debía estar dentro de los parámetros de la normalidad. Diferentes estudios han demostrado que un nivel de CINV de entre 70 y 85 no tiene un efecto ni en la aparición ni en la gravedad del trastorno del lenguaje.

25.- ¿Está de acuerdo en que no se requiere ninguna discrepancia entre el nivel lingüístico y el CINV para el diagnóstico del TDL?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE plantea que los/las niños/as que tengan una limitada exposición a la lengua propia del país de acogida pueden ver restringidas sus oportunidades sociales y educativas. En estos casos, no se les debe diagnosticar como TDL a no ser que, después de una evaluación, se demuestre que tienen una pobre expresión y/o comprensión en su primera lengua también.

26.- ¿Está de acuerdo que para poder diagnosticar como TDL a un/una niño/a que tiene como primera lengua una lengua diferente a la del contexto en el que vive que se le evalúe el nivel de competencia en su primera lengua y que muestre un trastorno significativo y persistente?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

27.- Sin embargo, cuando hay una imposibilidad de evaluar la L1, ¿Cuál cree que es la mejor alternativa para emitir un diagnóstico certero?

- Criterios evolutivos
- Entrevistas y/o cuestionarios a familia y profesorado
- Observación directa del niño
- Descripción cualitativa del desempeño comunicativo
- Ritmo de aprendizaje o evaluación dinámica
- Ninguno.
- Otros. Especificar:

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

28.- Está de acuerdo que un/una niño/a que tiene como primera lengua una lengua diferente a la del contexto y que tiene un buen nivel de competencia en su primera lengua y todavía no en la lengua del entorno, tiene una diferencia de desarrollo del lenguaje del entorno y no un TDL?

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE plantea que los/las niño/as que viven en un entorno familiar desfavorecido deben diagnosticarse como TDL si presentan dificultades graves y persistentes del lenguaje, de igual manera que se diagnostican los demás niños en entornos más favorecidos. Se rechaza la idea de que las dificultades del lenguaje puedan ser causadas por el entorno familiar y se restringe el nivel socioeconómico bajo únicamente como un factor de riesgo que interacciona con muchos otros.

Anexo 3. Respuestas de las preguntas de elección múltiple y pregunta abierta de la 1ª ronda.

Pregunta 18. Áreas de desarrollo que se debe evaluar para el diagnóstico del TDL.

Áreas de desarrollo	Porcentaje
Lenguaje (receptivo y expresivo)	100%
Pragmática	94%
Nivel cognitivo	94%
Audición	88%
Habla	84%
Desarrollo social	71%
Desarrollo escolar	67%
Funciones ejecutivas	63%
Desarrollo emocional	43%
Desarrollo motriz	37%
Otras	8%

Nota: El porcentaje indica el tanto por ciento de expertos que seleccionaron cada área de desarrollo.

Pregunta 19. Requisitos para la selección de test estandarizados para la evaluación de niños con sospecha de tener TEL/TDL.

Requisitos	Porcentaje
Que tenga una buena fiabilidad y validez	94%
Que esté desarrollada en o adaptada al contexto lingüístico y cultural donde se va utilizar.	90%
Que la prueba cuente con sensibilidad y especificidad adecuada (al menos 80%)	80%
Que haya sido aplicado a la población clínica de TDL (aunque tenga aplicación en otras poblaciones como Dislexia, TEA, etc.)	75%
Que sea una batería de pruebas que evalúe al menos el nivel de lenguaje expresivo y receptivo.	73%
Otros requisitos	12%

Nota: El porcentaje indica el tanto por ciento de expertos que seleccionaron cada requisito.

Pregunta 20. Prueba que tengan las suficientes garantías para la evaluación de los niños con TDL.

Pruebas	Porcentaje
Pruebas de Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje (CELF) en sus diferentes versiones.	47%
Receptive One-Word Picture Vocabulary Test (ROWPVT) / Expressive One-Word Picture Vocabulary Test (EOWPVT)	16%
Bilingual English-Spanish Assessment (BESA)	8%
ITPA. Test Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas	8%
Preschool Language Scale (PLS)	6%
Protocolo de evaluación del lenguaje infantil (IDTEL)	6%
MacArthur-Bates Communicative Development Inventories (CDI)	4%
Test de Comprensión de Estructuras Gramaticales (CEG)	4%
Otras	24%

Nota: El porcentaje indica el tanto por ciento de expertos que seleccionaron cada prueba.

Pregunta 21. Agente fundamental en la evaluación y el diagnóstico del TDL.

Agente	Porcentaje
Logopeda / fonoaudiólogo / terapeuta del habla	100%
Psicólogo/a	24%
Otros	16%
Maestro/a de educación especial	12%
Pediatra	10%

Nota: El porcentaje indica el tanto por ciento de expertos que seleccionaron cada agente.

Pregunta 27. Ante la imposibilidad de evaluar la L1, ¿Cuál cree que es la mejor alternativa para emitir un diagnóstico certero?

Alternativas	Porcentaje
Entrevistas y/o cuestionarios a familia y profesorado	96%
Observación directa del niño	84%
Descripción cualitativa del desempeño comunicativo	84%
Criterios evolutivos	75%
Ritmo de aprendizaje o evaluación dinámica	69%
Otros	18%

Nota: El porcentaje indica el tanto por ciento de expertos que seleccionaron cada alternativa.

Anexo 4. Cuestionario de la 2ª ronda para el Estudio DELPHI sobre el TEL/TDL en población hispanohablante.**Bloque A. Terminología**

El consorcio CATALISE propone que todos los niño/as que presentan dificultades significativas y persistentes en el desarrollo del lenguaje que afectan al desarrollo social y/o escolar en su vida diaria sean designados como niño/as con **“Trastorno del lenguaje”**. Del mismo modo, cuando la afectación en el lenguaje oral ocurre como consecuencia de una condición biomédica, la propuesta de CATALISE es diagnosticar a estos niños, respecto a su afectación en el lenguaje, como **“Trastorno del lenguaje asociado a...”** (indicando aquí la condición médica primaria que provoca de forma secundaria la afectación en el lenguaje). Finalmente, el consorcio CATALISE recomienda usar el término **“Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)”** para designar a aquellos niños cuya afectación grave en el lenguaje oral ocurre sin que haya un trastorno asociado ni una explicación clara que lo justifique.

A partir de las respuestas y comentarios de las preguntas de la primera ronda, hemos elaborado las siguientes afirmaciones para tratar de aumentar el grado de acuerdo:

1.- Los niño/as con dificultades significativas y persistentes en el desarrollo del lenguaje que afectan al desarrollo social y/o escolar serán designados como niño/as con **“Trastorno del lenguaje”** sólo como descripción clínica hasta que se emita un diagnóstico específico como Trastorno del desarrollo del Lenguaje (TDL) u otro trastorno o síndrome.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

2.- Para describir a aquellos/as niño/as que presentan dificultades del lenguaje antes de cumplir los 4 años y que no cumplen los criterios para ser diagnosticados con un Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL), se recomienda utilizar el término “inicio tardío del lenguaje” o “hablante tardío”.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Bloque B. Subtipos

El consorcio CATALISE considera que las diversas clasificaciones del TDL que se han propuesto nunca han conseguido ser mutuamente excluyentes. Por ello, recomiendan que no se distingan diferentes subtipos de TDL sino que proponen que el diagnóstico debe indicar las áreas afectadas, por ejemplo, “Niño con TDL con afectación a nivel expresivo en fonología, acceso al léxico, morfología y sintaxis”. En la misma línea, El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 revisado (DSM-V-TR) no incluye subtipos del trastorno del lenguaje. Sin embargo, en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 11 (CIE-11) sí que se recogen tres subtipos del trastorno del desarrollo del lenguaje:

- Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) con afectación en el lenguaje receptivo y expresivo.
- Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) con afectación principalmente en el lenguaje expresivo.
- Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) con afectación principalmente en la pragmática.

En la primera ronda de este estudio, el grado de acuerdo ha sido del 83%. A partir de los comentarios se ha elaborado la siguiente afirmación para tratar de aumentar el grado de acuerdo:

3.- En el diagnóstico del TDL no se indicarán subtipos pero se recogerá una descripción de la forma más precisa de las principales áreas del lenguaje y la comunicación afectadas en el momento de la evaluación.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Bloque C. Comorbilidades

El consorcio CATALISE propone que los siguientes trastornos sean excluyentes con el TDL. Por tanto, en el caso que un/a niño/a presente alguno de ellos, no se le deberá diagnosticar como TDL sino con dicho trastorno:

- Daño cerebral
- Trastornos neurodegenerativos
- Parálisis cerebral
- Hipoacusia neurosensorial
- Síndromes genéticos
- Autismo
- Discapacidad intelectual
- Mutismo psicogeno o selectivo

4.- Los niño(a)s que tengan alguno de los siguientes trastornos excluyentes no serán diagnosticados con TDL, sino con ese trastorno. Sin embargo, se señalará que tienen un “Trastorno del lenguaje asociado a...” (indicando el trastorno principal que afecta su lenguaje de forma secundaria). Esto permite hacer más clara la dificultad en el lenguaje y facilita que reciban atención especializada en esta área.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Bloque D. Diagnóstico

5.- Aquellos niños que presentan una afectación fundamentalmente a nivel de comunicación social (dificultades a nivel semántico-pragmático en la comunicación verbal y no verbal), en primer lugar deberán ser evaluados para descartar que presentan TEA mediante pruebas estandarizadas como la *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo-2 (ADOS-2)*. En caso de no cumplir con los criterios para el diagnóstico de TEA se le deberá hacer una evaluación exhaustiva del lenguaje. En el caso de tener alguna área más afectada más allá de la semántico-pragmática, se le deberá diagnosticar como Trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL). Solo en aquellos casos que no se encontrara ninguna otra área del lenguaje afectada sería justificado emitir un diagnóstico de *Trastorno de la Comunicación Social (Pragmático)*.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

Dado que muchos hablantes tardíos evolucionan favorablemente sin ninguna ayuda especial y es difícil predecir cuáles de estos niños tendrán problemas a largo plazo, el consorcio CATALISE recomienda una evaluación cada seis meses para seguir la evolución de los hablantes tardíos.

6.- Para los niños que presentan un inicio tardío del lenguaje, que se conocen como hablantes tardíos, se recomienda iniciar una intervención preventiva y llevar a cabo un seguimiento frecuente para monitorizar su evolución. La cadencia de este seguimiento puede variar dependiendo de la edad y de las características del niño. Cuando son más pequeños (de 0 a 3 años) y/o presentan una mayor afectación es aconsejable realizar el seguimiento en periodos cortos (de unos 3 a 6 meses) y en niños de mayor edad (de los 3 años en adelante) se puede llevar a cabo cada 6 o incluso 9 meses. En caso de mantenimiento de las dificultades se les debería aplicar una evaluación detallada, incluyendo tareas de evaluación dinámica para analizar la capacidad de aprendizaje del lenguaje.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

El consorcio CATALISE, propone que aquellos hablantes tardíos que tengan entre 2 y 3 años y presenten dificultades de lenguaje se los diagnosticará como TDL si cumplen alguna de las siguientes características porque los estudios han demostrado que tienen una probabilidad muy alta que esta sea su evolución:

- Pobre comprensión de lenguaje y/o
- Pobre uso de gestos y/o
- Antecedentes familiares de dificultades del lenguaje o trastorno de lenguaje

7.- Los hablantes tardíos que presenten una o todas las siguientes características tienen una probabilidad muy alta que su evolución del lenguaje siga alterada en el futuro:

- Pobre comprensión de lenguaje
- Pobre uso de gestos para comunicarse
- Antecedentes familiares de dificultades del lenguaje o trastorno de lenguaje

Por ello, es necesario que se les aplique una evaluación completa para analizar en detalle sus habilidades de comunicación y lenguaje e iniciar una intervención preventiva así como llevar a cabo un seguimiento frecuente para monitorizar su evolución puesto que el riesgo de presentar TDL es muy elevado. Hasta que su evolución no permita determinar si presentan un desarrollo del lenguaje dentro de la normalidad o TDL, se les caracterizará como niños con inicio tardío del lenguaje o hablantes tardíos.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

8.- El diagnóstico de Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL) puede efectuarse a partir de los 4 años cuando la sintomatología del lenguaje sea severa y persistente. Es decir, cuando se presentan diversos hitos del desarrollo lingüístico con un retraso significativo o un desarrollo atípico y/o cuando se muestra una gran resistencia a la mejora con la intervención. Antes de esa edad no es recomendable emitir un diagnóstico de TDL.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

9.- Los niños que sólo presentan dificultades a nivel fonético y fonológico en la educación infantil y que no van acompañadas de problemas en otras áreas del lenguaje se deben diagnosticar como trastorno de los sonidos del habla (TSH) en lugar de TDL. Si presentan dificultades en otras áreas del lenguaje, se les diagnosticará como TDL. Si presentan TSH cuya afectación sea de naturaleza anatómica o motora (por ejemplo, insuficiencia velofaríngea), se les diagnosticará como TDL+TSH (el TSH es comórbido al TDL).

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

10.- Para diagnosticar a un/a niño/a con TDL, debe descartarse que presente una discapacidad intelectual. Para ello, se llevará a cabo una evaluación por un psicólogo especializado destinada a establecer el cociente intelectual mediante un test objetivo (que tenga una buena fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad). En el caso que el cociente intelectual sea igual o superior a 70 y presente un trastorno grave y persistente en el desarrollo del lenguaje, se le diagnosticará como TDL. En el caso que la puntuación sea inferior a 70 y se presente con un déficit en la conducta adaptativa, se le diagnosticará con una discapacidad intelectual y presentará un trastorno del lenguaje asociado a discapacidad intelectual.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

11.- Para diagnosticar a un/a niño/a con TDL, su desarrollo del lenguaje debe presentar un trastorno severo y persistente y que afecte a su desarrollo social y/o escolar. Establecer un punto de corte a nivel general para todas las pruebas estandarizadas de evaluación del lenguaje es muy impreciso porque depende de las áreas que evalúen las pruebas y de sus características psicométricas (fiabilidad, validez, sensibilidad y especificidad). Además, es necesario remarcar que el diagnóstico debe llevarse a cabo a partir de información cualitativa y cuantitativa recogida por diversas fuentes y no solo a partir de una prueba estandarizada.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario:

12.- Para diagnosticar a un/a niño/a con TDL, no debe existir ningún grado preestablecido de discrepancia entre el cociente intelectual no verbal (CINV) y el cociente intelectual verbal (CIV). El CINV, debe ser un valor igual o superior a 70 pero no se establece ninguna puntuación límite en el CIV.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Si desea hacer cualquier comentario: