

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

.....



**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL) y comorbilidad
psiquiátrica.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Andy de la Luz Flores Castro

TUTORA:

Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo

CIUDAD DE MÉXICO, ENERO 2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Andy de la Luz Flores Castro

Correo electrónico: contemplativoymisantropo@hotmail.com

Nombre del Tutor (a):

Dra. María Elena de los Dolores Márquez Caraveo

Correo electrónico: malenamarquezc@gmail.com

Institución donde labora: Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Nombre de los asesores:

Dra. Alejandra Auza Benavides

Correo electrónico: alejandra.auza@yahoo.com

Institución donde labora: Hospital General “Dr. Manuel Gea González”

Resumen

Antecedentes: La edad en que los niños adquieren los hitos del lenguaje varía considerablemente. El periodo preescolar parece ser capital tanto para la adquisición del lenguaje como para el desarrollo de las habilidades en la comunicación. El retraso en el desarrollo del lenguaje es el síntoma presente más común en edad preescolar, y un motivo de preocupación y búsqueda de atención para padres. Los trastornos severos del lenguaje son identificados a edad temprana, pero otros más sutiles como el Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL) suele pasar desapercibido en escenarios clínicos, tiene alta comorbilidad con trastornos psiquiátricos, problemas académicos y del aprendizaje, y repercusiones en la competencia social y otras áreas del funcionamiento. **Objetivos:** Identificar la asociación de TEL a comorbilidad psiquiátrica. **Materiales y métodos:** Este trabajo deriva de un proyecto para la validación de una prueba de tamizaje para identificar niños hispanohablantes con TEL. Se evaluaron las características sociodemográficas y antecedentes clínicos a 10 niños de 4 a 6 años identificados con TEL mediante las pruebas del proyecto del que éste deriva, se aplicó el Cuestionario sobre el comportamiento de niños(as) (CBCL) para edades de 11/2 a 5, y de 6 a 18 años en búsqueda de psicopatología asociada. **Resultados y conclusiones:** Los antecedentes clínicos estuvieron presentes en la mitad de la muestra, la mayor prevalencia de TEL se encontró en el grupo etario preescolar, el 100% fue del sexo masculino y el 90% tuvo síntomas de ambas bandas. Se debe realizar mayor investigación en este campo.

ÍNDICE GENERAL

Introducción	3
Marco teórico	3
Modelos explicativos del desarrollo.....	3
Desarrollo normal del lenguaje.....	6
Retraso en el desarrollo del lenguaje.....	10
Trastornos del lenguaje.....	10
Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL) y comorbilidad psiquiátrica.....	12
Planteamiento del problema	18
Justificación	18
Hipótesis	19
Objetivos	19
Material y métodos	20
Diseño.....	20
Muestra.....	20
Variable conceptual.....	22
Variable operacional.....	24
Instrumentos y nivel de medición.....	25
Procedimiento	26
Consideraciones éticas	27
Resultados	28
Discusión	32
Conclusiones	34
Limitaciones y recomendaciones	35
Referencias	36
Anexos	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Clasificación de los trastornos del lenguaje acorde a la CIE-10, DSM IV y DSM 5.....	13
Tabla 2.	Puntos de corte para TEL según las pruebas formales de medición.....	24
Tabla 3.	Características sociodemográficas de los padres y de los niños con TEL.....	28
Tabla 4.	Antecedentes clínicos de los participantes.....	29
Tabla 5.	Medidas de desempeño gramatical, puntuación T del CBCL y orientado a DSM IV y diagnósticos clínicos acordes a CIE-10 en menores de 6 años.....	30
Tabla 6.	Medidas de desempeño gramatical, puntuación T del CBCL y orientado a DSM IV y diagnósticos clínicos acordes a CIE-10 en niños de 6 años.....	31

INTRODUCCIÓN

A partir del nacimiento, el desarrollo del lenguaje constituye uno de los rasgos más distintivos del desarrollo infantil, debido principalmente a que es fundamental para la comunicación humana. Asimismo, el retraso en su desarrollo constituye un motivo de preocupación tanto para los padres como para los profesionales que trabajan con niños. Los trastornos en la pronunciación son fácilmente identificables por casi cualquier persona que interactúe con niños en algún escenario determinado. Empero, existen trastornos más sutiles en el lenguaje que implican alteraciones del lenguaje y del procesamiento de la información; globalmente, se los denomina Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL). Los niños que presentan este trastorno suelen presentar dificultades crecientes en la comunicación, en el desempeño académico y las habilidades sociales conforme las exigencias escolares se hacen mayores y, en este sentido, tienen mayor riesgo de presentar trastornos psiquiátricos a lo largo de su vida. Sin embargo, es poca la investigación que se cuenta en niños hispanohablantes o en la población mexicana, dado que el desarrollo y validación de instrumentos para nuestra población es relativamente nuevo. Entonces, es necesario realizar investigación a la par tanto del diagnóstico de TEL como de su comorbilidad psiquiátrica, con el fin de tener mayor conocimiento sobre éstos y poder elaborar mejores estrategias para su intervención.

MARCO TEÓRICO

Modelos explicativos del desarrollo

El desarrollo individual normal conlleva procesos mediante los cuales cada organismo se adapta de manera individual y única, está caracterizado por una complejidad de organización progresivamente mayor a nivel global, y la conjugación e integración de sus condiciones innatas con las características de su experiencia en la temporalidad.

De acuerdo con Sameroff (1975), esto es un proceso de constante influencia mutua continua a lo largo de la vida¹. Gottlieb (1991), lo considera como una consecuencia de “coacciones horizontales (aquellas que ocurren en un mismo nivel: gen – gen, célula – célula, tejido – tejido) y verticales (aquellas que ocurren en diferentes niveles: gen – citoplasma, célula – tejido, actividad

conductual – sistema nervioso) entre las partes de los organismos, incluyendo coacciones organismo – medio ambiente”².

Estas coacciones son recíprocas, y, como el desarrollo en general, continuas, así que pueden influenciarse mutuamente desde niveles bajos a elevados del sistema en desarrollo y viceversa. Desde la segunda mitad del Siglo XX se han propuesto diversos modelos para dilucidar las variaciones individuales del comportamiento en el desarrollo. Inicialmente, Anne Anastasi en 1958 proponía un modelo interaccional entre la herencia y el medio ambiente y preguntaba abiertamente cómo la conjunción de estos factores fomentaba las variaciones individuales de comportamiento dentro del desarrollo³. Posteriormente surgió el modelo empírico bioecológico basado en la perspectiva Naturaleza – Crianza, que proponía, *a grosso modo*, la adición de efectos sinérgicos no aditivos al paradigma genético – conductual establecido; mediciones directas del ambiente y mecanismos de interacción organismo – ambiente, llamados procesos proximales. Bronfenbrenner (1994), hipotetizaba que las estimaciones de heredabilidad (definida por Cavalli en 1971 como “la proporción de varianza fenotípica total que es debida a la variación genética aditiva”⁴) se incrementan marcadamente con la magnitud de los *procesos proximales*⁵. Este modelo proponía que mediante la mejora de los procesos proximales y de los ambientes es posible ampliar los potenciales para la competencia en el desarrollo.

Recientemente, con el paso de la perspectiva de una Psicología del Desarrollo a una Ciencia del Desarrollo se promueve un rechazo de todas las divisiones entre los componentes de la ecología del desarrollo humano (por ejemplo, entre naturaleza y crianza, continuidad y discontinuidad, estabilidad e inestabilidad), y se admite la idea (alejada del dualismo cartesiano) de que todos los niveles de organización se extienden desde lo biológico y fisiológico a través de lo cultural e histórico⁶.

Ante el advenimiento de nuevos conocimientos, al modelo bioecológico se han agregado dos procesos fundamentales del desarrollo⁷:

1. El fenómeno de continuidad y cambio en las características biopsicológicas de los seres humanos.
2. El desarrollo de herramientas científicas, modelos teóricos y diseños de investigación necesarios para evaluar la continuidad y el cambio.

Partiendo de esta exposición, este modelo involucra 4 componentes principales y sus relaciones dinámicas:

1. *Proceso*: El núcleo del modelo, abarca formas particulares de interacción entre organismos y ambiente (procesos proximales).
2. *Persona*: Tiene la capacidad de afectar la dirección e influencia de los procesos proximales a lo largo de la vida en base a 3 características principales:
 - a. *Disposición*.
 - b. *Recursos*.
 - c. *Demanda*.
3. *Contextos*: Estas 3 características son incorporadas dentro de la definición de microsistema así como las características de los padres, familiares, amigos cercanos, maestros, esposos u otros quienes participan en la vida de la persona en desarrollo de forma regular sobre periodos extensos de tiempo. De manera más amplia, hay también características del ambiente que fomentan o interfieren con el desarrollo de procesos proximales. Entre los más significativos en el macrosistema (escuelas, grupos de pares y vecindarios) se encuentran niveles crecientes de inestabilidad y caos.
4. *Tiempo*: Considerado en tres niveles sucesivos:
 - a. *Microtiempo*: continuidad versus discontinuidad en la marcha del proceso proximal.
 - b. *Mesotiempo*: la periodicidad a través de días o semanas.
 - c. *Macrotiempo*: se enfoca en las expectativas cambiantes dentro y a lo largo de las generaciones.

Es así que desde el modelo bioecológico, el comportamiento individual en determinado punto del tiempo es postulado como el resultado de las interacciones recíprocas entre las características del desarrollo individual, los patrones de adaptación y la influencia del contexto social más amplio⁸.

Para la evaluación clínica del desarrollo, un modelo basado en etapas es una guía elaborada mediante el conocimiento de que las secuencias del desarrollo generalmente están basadas sobre pasos ordenados de despliegue progresivo y diferenciación de las capacidades intrínsecas. Y en base a este conocimiento se pueden establecer normas de maduración, para contrastar las habilidades del desarrollo individual⁹.

Desarrollo normal del lenguaje

En base a esta somera descripción del modelo actual del desarrollo procederemos al abordaje del desarrollo del lenguaje, definiendo el mismo como un sistema formal complejo en el que un pequeño número de elementos son combinados conforme a reglas para generar un infinito número de significados posibles. La mayoría del lenguaje humano es expresado mediante el habla (los significados son representados por palabras que están compuestas de un pequeño conjunto de sonidos orales, o fonemas), pudiendo expresar además el lenguaje hablado de forma escrita¹⁰.

El estudio del lenguaje se centra en base a su forma, contenido y función del mismo, con sus diferentes subdivisiones:

1. Forma del lenguaje

- a. Fonología: es el sistema de sonidos de un lenguaje y las reglas que rigen las combinaciones de sonidos.
- b. Morfología: es el sistema que rige la estructura de las palabras y la construcción de las formas de las palabras.
- c. Sintaxis: es el sistema que rige el orden y la combinación de palabras para formar oraciones, y las relaciones entre los elementos dentro de una oración.

2. Contenido del lenguaje

- a. Semántica: es el sistema que rige los significados de las palabras y oraciones.

3. Función del lenguaje

- a. Pragmática: es el sistema que combina los componentes previos del lenguaje en comunicación funcional y socialmente apropiada.

En relación al desarrollo del lenguaje se describen varias perspectivas a continuación:

a) El enfoque médico psiquiátrico establece que a lo largo del desarrollo se agregan 4 componentes principales del lenguaje¹¹:

- Adquisición de sonidos verbales.
- Expresión de palabras y oraciones.
- Procesamiento de la comprensión del lenguaje.
- Aspectos pragmáticos o sociales y contextuales de la comunicación.

b) Para la Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (ASHA) el lenguaje es una conducta gobernada por reglas, que se describe por al menos 5 parámetros¹²:

- Fonológico
- Morfológico
- Sintáctico
- Semántico
- Pragmático

c) Un modelo útil para comprender el desarrollo normal del lenguaje es el propuesto por Bloom y Lahey (1978), denominado *contenido/forma/uso*, que divide al lenguaje en aspectos de semántica, morfología y pragmática:

- *semántica* (contenido) o significado,
- *sintaxis/morfología* (forma), las reglas generativas que rigen la formación de palabras y oraciones, y
- *pragmática* (uso), la forma en que el lenguaje es usado en el contexto de conseguir la comunicación social¹³.

El sonido es especificado en base a dos variables: frecuencia (la rapidez con la que las ondas del sonido se producen), y amplitud (la intensidad de estas ondas). Los humanos escuchan sonidos en un rango de frecuencia de 20 a 20000 ciclos por segundo, llamados Hertz (Hz) ¹⁴.

Los seres humanos pueden escuchar sonidos desde las semana 28 de gestación¹⁵. En el recién nacido esta capacidad mejora de manera progresivamente rápida conforme el líquido amniótico de drena de sus oídos.

La maduración del sistema nervioso central mejora la capacidad para escuchar sonidos a bajas y altas frecuencias dentro de los primeros dos años de vida¹⁶, y desde los seis meses de edad la

resolución de frecuencia es madura¹⁷. Asimismo, a esta edad las respuestas de localización son comparables a las de los adultos¹⁸.

Una de las características fundamentales del lenguaje hablado es su prosodia (los aspectos musicales del habla, incluyendo su ritmo y entonación). De acuerdo a sus propiedades rítmicas, el español, italiano y francés, por ejemplo, se clasifican como lenguajes silábicos; en cambio el inglés y el alemán, tónicos¹⁹. En base a esto, los infantes humanos son sensibles a las diferencias de ritmo desde el nacimiento, y a la edad de 2 a 3 meses pueden discriminar tonos basados en sus secuencias rítmicas²⁰. Es así que a esta edad, los infantes pueden discriminar entre dos lenguajes de dos clases diferentes, pero no de la misma clase²¹.

De acuerdo a Stark (1979), el infante humano, desde el nacimiento a los 2 meses de edad produce primariamente llanto reflexivo y otros sonidos vegetativos como manera de comunicación. Entre 2 y 5 meses, el bebé inicia con dos conductas que son importantes para el desarrollo del habla y la comunicación, una son los sonidos parecidos al habla que el bebé produce en respuesta al confort, llamados *arrullo*, la otra es la *risa* del infante, que emerge en un tiempo aproximado al del *arrullo*. A los 4 meses de edad comienza el periodo de “juego vocal”, en el que el bebé comienza a pronunciar sonidos que parecen sílabas simples con componentes parecidos a vocales y consonantes, y se extiende hasta los 8 meses²².

A partir de los 10 meses el infante comienza con una nueva conducta vocal, llamada por Oller (1998) “balbuceo canónico”, e incluye combinaciones de vocales y consonantes. Su ausencia sugiere riesgo de desarrollar trastornos del lenguaje²³.

El uso de palabras marca un cambio cualitativo en la manera en que los infantes piensan acerca del mundo e interactúan con otros²⁴. Además, los padres promueven las habilidades cognitivas y del lenguaje de sus hijos cuando entienden sus habilidades y estructuran oportunidades de aprendizaje que proporcionan un entorno verbal enriquecido y ajustan su apoyo y estimulación conforme emergen las capacidades del niño²⁵, obteniendo mejor desempeño en pruebas de habilidades cognitivas, de lenguaje y académicas que otros que tuvieron menor calidad en el cuidado infantil²⁶. Otros factores a considerar son, que tanto la cantidad que hablan los cuidadores (usualmente las madres) directamente hacia los niños pequeños, como la riqueza del vocabulario al que los niños están expuestos están asociadas con el crecimiento del vocabulario y las habilidades prealfabetización²⁷.

Gesell y Amatruda (1941), observaron que los niños usualmente dicen sus primeras palabras al cumplir un año de edad²⁸. Alrededor de los 12 meses, la mayoría de los niños entienden el

significado de varias palabras y pueden tener un vocabulario expresivo de alrededor de 5 – 6 palabras. A los 13 meses de edad, los infantes ya han comenzado a descubrir algunas conexiones precisas entre tipos de palabras y tipos de significado²⁹. Al tiempo que alcanzan los 18 meses de edad, típicamente entienden el significado de un impresionante número de palabras, pueden comunicarse en oraciones de una palabra y han duplicado su vocabulario expresivo a cerca de 10 palabras³⁰. Otros autores describen el promedio de vocabulario a esta edad en 110 palabras, con una desviación estándar de 114 palabras³¹.

De los 18 a los 24 meses el vocabulario expresivo de los infantes típicamente se incrementa de 10 palabras hasta 50 a 75. A los 30 meses, el vocabulario expresivo del infante se ha incrementado a cerca de 300 palabras, y a la edad de 36 meses la mayoría de los infantes tiene un vocabulario expresivo de 500 a 1000 palabras y típicamente utilizan oraciones de 3 a 4 palabras³².

A la edad de 4 años el niño ha aprendido la mayoría de las reglas gramaticales básicas del lenguaje, aunque tiene dificultades en comprender oraciones complejas³³.

La adquisición del lenguaje es intensa a la edad de 4 a 5 años, en que los niños se encuentran aprendiendo vocabulario y fundamentos de la semántica. La habilidad en el lenguaje, el lenguaje específico que un niño aprende y las cualidades lingüísticas tales como morfología, gramática, fonología, expresión verbal de las emociones, y transmisión de la información acerca del pasado, presente, o eventos hipotéticos son mejor aprendidos en el periodo preescolar. La diferencia entre niños con niveles diferentes de habilidades en el lenguaje en estas cualidades lingüísticas no son tanto en si pueden utilizar estas habilidades sino en la frecuencia y efectividad con las cuales las utilizan en sus vidas diarias. La facilidad con la que estas habilidades pueden ser aprendidas comienza a declinar a los 6 o 7 años de edad, por lo que el periodo preescolar parece ser un periodo sensible para las habilidades en el lenguaje³⁴.

A la edad de 5 años el niño comienza a entender las discrepancias entre el significado y la forma de las expresiones³⁵. Y gradualmente comienza a desplazarse entre interpretaciones literales a entender connotaciones y hacer inferencias^{36, 37}.

Las habilidades adquiridas después de la edad de 5 años incluyen la capacidad para decodificar estructuras sintácticas que constituyen excepciones a las reglas habituales del lenguaje³⁸. Esto es un proceso lento, y aunque la comprensión básica del lenguaje figurativo está presente a la edad de 9 años, no es hasta los 10 años de edad que las discrepancias entre voz y mensaje (como el tono sarcástico) son completamente comprendidas³⁹.

Retraso en el desarrollo del lenguaje

La edad a la que los niños adquieren los hitos del lenguaje varía considerablemente, la mayoría de los niños adquieren fácilmente las complejidades del lenguaje, pero muchos experimentan dificultades con la forma del lenguaje, el contenido o su uso. Diversos autores como Dale (2009) y Caraveo (2002), proponen que el retraso del lenguaje constituye un motivo de preocupación por parte de los padres^{40, 41}.

El retraso en el desarrollo del lenguaje es el síntoma presente más común en niños preescolares⁴². El retraso del lenguaje alude a niños entre 24 y 30 meses de edad que muestran un escaso vocabulario expresivo (de 40 a 50 palabras), estos niños tienen dos a cinco veces mayor riesgo de desarrollar trastornos de lenguaje en la etapa preescolar.

Law (1998), encontró que las estimaciones de la prevalencia de las dificultades en el lenguaje en niños preescolares varía entre 7% y 15%⁴³.

Trastornos del lenguaje

Los trastornos de la comunicación incluyen cualquier dificultad que afecta la habilidad de un individuo para involucrarse en interacciones sociales recíprocas. El término trastorno de la comunicación subsume los diversos tipos de dificultades del habla, lenguaje, e interacción social que pueda afectar la habilidad de alguien para participar en la conversación e interacción social. La Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audiología (ASHA), define el trastorno del lenguaje como un deterioro en la comprensión y/o el uso de un sistema hablado, escrito y/o de otros símbolos. Esta definición esencialmente significa que un trastorno de lenguaje puede ser visto como una disrupción en algún aspecto de la comunicación verbal, sea oral o escrita. Tal deterioro no es necesariamente definido sólo en relación al nivel cognitivo o edad mental de la persona⁴⁴:

- I. Un trastorno en la comunicación es un deterioro en la habilidad para recibir, enviar, procesar, y comprender conceptos o sistemas verbales, no verbales, y de símbolos gráficos. Un trastorno de la comunicación puede ser evidente en los procesos de escucha, lenguaje y/o habla. Un trastorno de la comunicación puede ir en un rango de severidad desde leve hasta profundo. Puede ser del desarrollo o adquirido. Los individuos pueden demostrar uno o alguna combinación de trastornos de la

comunicación. Un trastorno de la comunicación puede resultar en una discapacidad primaria o puede ser secundario a otras.

- A. Un trastorno del habla es un deterioro en la articulación de sonidos del habla, fluencia y/o voz.
 - 1. Un trastorno de la articulación es la producción atípica de sonidos del habla caracterizado por sustituciones, omisiones, adiciones o distorsiones que pueden interferir con la inteligibilidad.
 - 2. Un trastorno en la fluencia es una interrupción en el flujo del habla caracterizado por velocidad, ritmo y repeticiones atípicas en los sonidos, sílabas, palabras, y frases. Esto puede estar acompañado por tensión excesiva, conducta de esfuerzo y manierismos secundarios.
 - 3. Un trastorno en la voz está caracterizado por una producción anormal y/o ausencia de calidad vocal, entonación, volumen, resonancia y/o duración, el cual es inapropiado para la edad y/o el sexo de un individuo.
- B. Un trastorno de lenguaje es el deterioro en la comprensión y/o el uso del habla, escritura y/u otros sistemas de símbolos. El trastorno puede involucrar la forma del lenguaje (fonología, morfología, sintaxis), el contenido del lenguaje (semántica), y/o la función del lenguaje en la comunicación (pragmática) en cualquier combinación.

Los niños desarrollan la capacidad para comprender y utilizar el lenguaje en un tiempo relativamente corto, y esto tiene un impacto significativo en su pensamiento, aprendizaje y relaciones sociales⁴⁵.

En edad escolar, Bartlett (2002) estima la prevalencia de trastornos primarios del lenguaje en alrededor del 4% al 7%⁴⁶.

Es responsabilidad del clínico clasificar estos trastornos conforme a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, OMS, 1992), en la que se encuentran en el apartado de Trastornos Mentales y del Comportamiento. En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM 5) se encuentran clasificados en el apartado de Trastornos del Desarrollo Neurológico en la sección Trastornos de la Comunicación. Ambas nomenclaturas se presentan en la Tabla 1.

Los trastornos severos del lenguaje son típicamente identificados a una edad temprana; aunque muchos problemas sutiles del lenguaje a menudo se vuelven manifiestos a medida que las demandas escolares aumentan⁴⁷.

Son niños que no presentan ninguna razón aparente que explique por qué su participación en el salón de clase es limitada o no saben explicar sus ideas con claridad, o tienen problemas de gramaticalidad en sus enunciados o poca fluidez al hablar. En muchos casos se ha pensado que estos niños simplemente tienen bajos de ejecución, que no quieren trabajar, que no ponen atención o que no tienen interés⁴⁸. Este tipo de trastorno, llamado Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL), cuya prevalencia oscila entre 6% y 8%⁴⁹, puede además tener fuertes repercusiones sobre su rendimiento escolar, su aprendizaje de la lengua escrita y las matemáticas⁵⁰.

Los niños con alteraciones en el lenguaje (con los déficits en el discurso y en la estructura de la información que los caracteriza) que además presentan patología psiquiátrica (con interrupciones en el flujo del discurso que caracterizan a estos niños), muestran distintos déficits relacionados a referencias pronominales y su relación causal⁵¹.

Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL) y comorbilidad psiquiátrica

Existen dos redes neurológicas de lenguaje principales en el cerebro: primero, un sistema de recepción/comprensión del lenguaje, incluyendo el “área nuclear de Wernicke” envuelto en el reconocimiento de palabras, correspondiente a las áreas de Brodmann 21 (circunvolución temporal medial), 22 (circunvolución temporal superior, córtex auditivo asociativo), 41 (córtex auditivo primario) y 42 (córtex auditivo asociativo), que se encuentran en el lóbulo temporal, y una franja periférica “área extendida de Wernicke” involucrada en las asociaciones del lenguaje (asociando palabras con otra información), correspondiente a las áreas de Brodmann 20 (circunvolución temporal inferior), 37 (circunvolución occipitotemporal lateral), 38 (polo temporal), 39 (circunvolución angular) y 40 (circunvolución supramarginal), que se encuentran en los lóbulos temporal y occipital; segundo: un sistema de producción del lenguaje “complejo de Broca”, correspondiente a las áreas de Brodmann 44 (tercera circunvolución frontal), 45 (giro frontal inferior), 46 (córtex prefrontal dorsolateral), 47 (circunvolución frontal inferior), y parcialmente el área 6 (córtex somatosensorial asociativo), que se encuentran en el lóbulo frontal, y se propone

Tabla 1

Clasificación de los trastornos del lenguaje acorde a la CIE-10 (OMS, 1992), DSM-IV (López-Ibor & Valdés, 2002) y DSM 5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

CIE 10	DSM IV	DSM 5
F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.	Trastornos de la comunicación	Trastornos de la comunicación
F80.0 Trastorno específico de la pronunciación	F80.0 Trastorno fonológico	F80.0 Trastorno fonológico
F80.1 Trastorno de la expresión del lenguaje	F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo.	
F80.2 Trastorno de la comprensión del lenguaje	F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo	F80.2 Trastorno del lenguaje
F80.3 Afasia adquirida con epilepsia (síndrome de Landau Kleffner)		
F80.8 Otros trastornos del desarrollo del habla y del lenguaje		F80.81 Trastorno de la fluidez de inicio en la infancia (tartamudeo)
		F80.89 Trastorno de la comunicación social (pragmático)
F80.9 Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje sin especificación	F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado	F80.9 Trastorno de la comunicación no especificado
	F98.5 Tartamudeo	

Fuentes: Organización Mundial de la Salud: CIE 10 Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. Madrid: Meditor; 1992.; 287-96, 308-17, 277-83.

López-Ibor J, Valdés M: DSM-IV-TR Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. En: López-Ibor J, Valdés M (eds). Barcelona: Masson; 2002.

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

que el área de Brodmann 13 (ínsula) tiene un cierto papel en coordinar e interconectar estos dos sistemas cerebrales de lenguaje⁵².

Aunque los sistemas de Wernicke y Broca son referidos generalmente a las estructuras del lado izquierdo del cerebro, en estudios de neuroimagen se encuentra activación en los homólogos del hemisferio derecho también. Las activaciones bilaterales pueden estar debidas a las tareas de lenguaje empleadas, las tareas de lenguaje receptivo son menos lateralizadas que las tareas de lenguaje expresivo. Incluso, escuchar historias audiograbadas parece inducir las áreas del hemisferio derecho⁵³. En publicaciones en que se investigaron los problemas de lenguaje en trastornos psiquiátricos, se encontró que la sincronización interhemisférica fue significativamente más débil en áreas como el giro temporal superior y el giro frontal inferior en lactantes con autismo respecto al grupo con desarrollo típico, y se apreció una tendencia para una sincronización más fuerte en la corteza prefrontal lateral en lactantes con retraso en el desarrollo del lenguaje respecto a lactantes con autismo o con desarrollo típico⁵⁴. Los resultados de estudios que

evaluaron el procesamiento semántico en niños y adolescentes con autismo de alto funcionamiento encontraron menor activación funcional en el giro frontal inferior, giro temporal superior, giro temporal medio y giro fusiforme del hemisferio izquierdo comparados con sus coetáneos con desarrollo típico⁵⁵. En caso del trastorno específico de la lectura, la evidencia de neuroimagen revela disfunción en las regiones cerebrales centradas dentro y alrededor de la circunvolución angular en el hemisferio izquierdo⁵⁶. En otra investigación sobre las deficiencias en la comunicación en niños de 6 a 15 años con TDAH y niños de la misma edad con Síndrome de Asperger (SA), los autores encontraron que en ambos grupos son comunes las deficiencias en la comunicación, diferenciándose entre sí en los resultados de las evaluaciones de lenguaje estereotipado y comunicación no verbal⁵⁷.

Se propone una explicación para la asociación entre TDAH y TEL en relación a que la atención es el proceso de concentrarse selectivamente sobre un aspecto de la información a la exclusión de otra información. En edad temprana, el niño que está aprendiendo el lenguaje debe ser capaz de concentrarse en información lingüística relevante e ignorar la irrelevante. Igualmente debe mantener su atención en relación a formar una asociación entre un objeto y la etiqueta en el proceso del aprendizaje de palabras. Cuando la fuente del ingreso del lenguaje cambia, el niño debe ser capaz de atender a las secuencias lingüísticas y las rutinas sociales para el desarrollo de habilidades gramáticas y pragmáticas. Si el niño es incapaz de esto, ya sea por causa de déficits atencionales o por problemas de lenguaje, el proceso de aprendizaje de lenguaje se verá interrumpido⁵⁸.

De manera fenomenológica, en investigaciones con modelos de asociación de cognición social y psicopatología externalizada, lenguaje y psicopatología externalizada, y cognición social y funcionamiento del lenguaje, los hallazgos orientan al funcionamiento del lenguaje como un mediador de la asociación entre cognición social y psicopatología externalizada⁵⁹. En estudios a largo plazo en los que se aplicaron mediciones de habla, lenguaje y trastornos psiquiátricos, los investigadores encontraron que los niños que a la edad de cinco años presentaron problemas del desarrollo del lenguaje continuaron con bajo desempeño en mediciones lingüísticas, cognitivas y académicas, mientras que aquellos de la misma edad con problemas de comprensión tuvieron un desempeño discretamente mejor pero conservaron más dificultades que quienes tuvieron lenguaje normal⁶⁰. Siete años después, los niños que tuvieron problemas del desarrollo del lenguaje o habla a la edad de cinco años mostraron mayores desordenes conductuales que los niños sin tales problemas. Más aún, los niños con un perfil de lenguaje mejor a la edad de cinco

años, tuvieron mejor puntaje conductual y en competencia social siete años después. Además, los niños sin problemas en la recepción del lenguaje mostraron ajuste social superior, en cambio, los niños con problemas en la recepción y desarrollo del lenguaje se asociaron con mayor riesgo al seguimiento⁶¹.

Los trastornos del lenguaje son comúnmente observados entre los niños referidos a servicios psiquiátricos, el diagnóstico más frecuente entre los preescolares es Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) ^{62, 63, 64}. Una investigación acerca de la contribución de causas genéticas y ambientales en la frecuente comorbilidad entre TDAH y trastornos de lectura, documentó que los síntomas de TDAH y la lectura muestran relaciones recíprocas a lo largo de la infancia media a la adolescencia temprana. Los síntomas de TDAH fueron un predictor significativamente más fuerte de la capacidad de lectura que viceversa, siendo la inatención el predictor más fuerte⁶⁵.

En otro artículo, los autores investigaron las interacciones de gene influido por medio ambiente en trastornos de la lectura y síntomas de inatención de TDAH, los resultados arrojados fueron direcciones opuestas en las interacciones de heredabilidad por medio ambiente en trastornos de la lectura y TDAH según la educación parental: la heredabilidad estimada para trastornos de la lectura fue más fuerte en un ambiente protegido, mientras que los efectos genéticos para TDAH fueron más fuertes en un ambiente de riesgo⁶⁶.

En una investigación sobre el perfil lingüístico de niños preescolares con TDAH y un grupo control, los resultados mostraron un retraso significativo en el desarrollo del lenguaje en los niños con TDAH, aunque no encontraron diferencias respecto al grupo control en la edad total del lenguaje, semántica, pragmática y edad de lenguaje expresivo. Con una diferencia significativa en la escala que evaluó la edad de lenguaje receptivo y el cociente receptivo para la edad⁶⁷. En otra investigación en que se buscaron diferencias en el perfil lingüístico en niños de 6 a 12 años con TDAH y sus coetáneos con TEL, los resultados fueron problemas prominentes en la comunicación en ambos grupos, pero los niños del grupo de TDAH tuvieron más problemas de salud mental respecto al grupo de TEL⁶⁸.

Otras investigaciones reportan al TDAH como el diagnóstico más frecuente en niños con problemas del lenguaje referidos a atención psiquiátrica, encontrándose igualmente otros trastornos psiquiátricos diferentes con menor prevalencia, pero concluyendo que en los casos de psicopatología y trastornos del lenguaje comórbidos se encuentra una mayor desventaja por el

hecho de la presencia del TEL a pesar de la naturaleza del diagnóstico psiquiátrico en relación a los casos de presencia de TEL sin comorbilidad psiquiátrica⁶⁹. En este sentido, estos niños suelen ser referidos solamente por problemas psiquiátricos, pero hasta un 40% presenta un trastorno del lenguaje que no había sido sospechado, y exhiben menor rendimiento académico que los niños con desarrollo típico del lenguaje. Dada la alta frecuencia de trastorno en el lenguaje y otros problemas en el procesamiento cognitivo en niños referidos para evaluación psiquiátrica y tratamiento, se debe conducir una examinación más sistemática en el funcionamiento del lenguaje así como la evaluación del impacto del lenguaje y la comunicación en los resultados terapéuticos⁷⁰. En otras investigaciones sobre la asociación entre TDAH y trastornos pediátricos de lenguaje, se encontró comorbilidad significativa entre ambos, y se sugiere para el diagnóstico diferencial realizar la evaluación del marcaje de tiempos de los niños y la repetición de no palabras. Señalando la evaluación de la repetición de oraciones como un elemento a considerar para la identificación de la comorbilidad entre TDAH y TEL⁷¹.

Al examinar las influencias independientes y relativas del discurso social y habilidades sociales en niños con problemas de conducta, se obtiene que el discurso social deteriorado y las habilidades sociales pobres pueden ser debidos al efecto negativo de los problemas del lenguaje sobre los problemas conductuales de los niños. El deterioro en la competencia comunicativa de algunos niños con trastorno del lenguaje puede contribuir a habilidades sociales pobres que ulteriormente se manifiestan como problemas conductuales caracterizados como síntomas internalizados y externalizados⁷².

Un estudio de seguimiento a catorce años que examinó la asociación entre trastornos de lenguaje en niños y problemas psiquiátricos en adultos jóvenes, encontró que los niños con algún trastorno del lenguaje a edad temprana tuvieron significativamente mayores tasas de trastornos de ansiedad en la adultez temprana comparados con los que no lo tuvieron; la principal, fobia social. En este estudio, los varones con trastorno del lenguaje presentaron significativamente mayores tasas de trastorno antisocial de la personalidad. La edad del desarrollo y comorbilidad no fueron diferentes entre el estatus del habla y del lenguaje⁷³.

En una investigación realizada en adolescentes delincuentes, buscando posibles asociaciones entre retrasos en el neurodesarrollo y delincuencia juvenil, no se encontraron diferencias significativas con el grupo control en la prevalencia de signos neurológicos menores o en función motriz gruesa y organización temporal secuencial; sino que las diferencias mayores fueron en

procesamiento visual y función auditiva del lenguaje⁷⁴. Posteriormente, buscando la prevalencia en sí de problemas del lenguaje entre adolescentes delincuentes y las razones por las que no recibieron atención por los servicios de foniatría previamente al ingreso a las correccionales⁷⁵, que quizás pueda estar en parte explicado por la falta de identificación general de los trastornos del lenguaje que no implican alteraciones en la pronunciación, y cuando se exploran las diferencias en problemas conductuales entre niños con trastornos en el lenguaje expresivo o mixto expresivo-receptivo los hallazgos indican que los niños con trastornos en el lenguaje tienen alrededor de seis veces más frecuencia de problemas psiquiátricos y sociales, como problemas delincuenciales, trastornos ansiosos-depresivos, problemas del pensamiento y la atención, entre otros; y la orientación es hacia la inmadurez en el neurodesarrollo como uno de los factores subyacentes tanto en el trastorno en el desarrollo del lenguaje como en los problemas conductuales⁷⁶. En este sentido, el número de niños que son referidos a los servicios de salud mental de niños y adolescentes a causa de problemas de conducta van en crecimiento, las recientes revisiones sobre los orígenes de los problemas conductuales indican que las formas más severas y persistentes son encontradas predominantemente entre varones con un rango de vulnerabilidades en el neurodesarrollo, las que posiblemente tienen sustratos biológicos, por lo que se postulan hipótesis que muchos niños que son identificados con trastornos de conducta tienen de hecho un déficit primario en habilidades de lenguaje, de calidad y grado similares al de los niños con trastornos del espectro autista; y que hasta en dos terceras partes de aquellos niños con trastornos de conducta existen trastornos pragmáticos del lenguaje y otros elementos conductuales similares en naturaleza y grado que los encontrados en niños con autismo, independientemente de su coeficiente intelectual⁷⁷.

Las cuestiones actuales son orientadas hacia la noción de que la agresión física es el principal factor de riesgo para conducta antisocial, de que los trastornos en el lenguaje también constituyen un factor de riesgo; los hallazgos del riesgo mediado por factores del medio ambiente, el papel de la interacción biosocial, los efectos del contexto social, las tendencias ambientales, el procesamiento de experiencias y los efectos transaccionales conjugan que, tanto los factores del ambiente como los factores genéticos contribuyen al desarrollo del lenguaje y al desarrollo psicosocial y emocional⁷⁸. Las mediciones neuropsicológicas demuestran su relación con algunos de los principales indicadores de bajo funcionamiento en niños con síntomas de conducta, tales como inicio temprano, estabilidad a través del tiempo, síntomas de hiperactividad, y agresividad; y presentan una perspectiva de cómo los problemas neuropsicológicos pueden contribuir al riesgo

para trastornos de conducta⁷⁹. En otro sentido, el lenguaje internalizado y las reglas verbales juegan un importante papel tanto en auto-control como en la adquisición de dominios a través del tiempo, por lo que el lenguaje pudiera tener un papel central en el desarrollo de trastornos psicosociales y emocionales⁸⁰.

Por lo anterior, la evaluación e identificación de los trastornos del lenguaje, así como la intervención en éstos, son importantes desde la edad temprana, para fomentar la ulterior competencia en las diversas áreas del funcionamiento⁸¹.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Existe comorbilidad psiquiátrica en niños con Trastorno de la Expresión del Lenguaje que acuden a atención psiquiátrica especializada?

JUSTIFICACIÓN

El lenguaje constituye un elemento importante en el desarrollo humano, sus alteraciones son descritas por Caraveo (2002)⁴¹, como la primera causa en menores asociada a búsqueda de ayuda por parte de los padres en la Ciudad de México. Aunque no todos los problemas del lenguaje desembocan en Trastorno de la Expresión del Lenguaje, este constituye el predictor más importante en la lectoescritura, la socialización y el comportamiento. INEGI reporta que el 8.3% de la población con discapacidad en el país declaró tener limitaciones para hablar o comunicarse, de estos, el 28.3% corresponde a niños (0 a 14 años) y 18% a los jóvenes (15 a 29 años); por sexo, las limitaciones para comunicarse o conversar tienen mayor presencia entre los hombres con discapacidad (9.7%), que en las mujeres de igual condición (7%). Por edad según el sexo, la diferencia porcentual es casi el doble para el grupo de niños de 5 a 9 años (9.4 Vs 5.1). Finalmente, en los resultados nacionales de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), los dos tipos de discapacidad reportados con mayor frecuencia entre los niños y niñas de 6 a 9 años de edad fueron dificultad para hablar, comunicarse o conversar (1.5% en niños y 0.9% en niñas) y dificultad para poner atención o aprender cosas sencillas (1.3% en niños y 0.9% en niñas)⁸². Tomando lo anterior, resalta la importancia de validar pruebas del desarrollo adecuadas al contexto nacional, que indefectiblemente fomentará mayor investigación en este campo del desarrollo humano, dado que, los trastornos en el lenguaje fueron la primera causa para

búsqueda de atención (en base a datos de 1995) y es hasta 2010 cuando nuevamente se toma relevancia al lenguaje y sus limitaciones. Los hallazgos en las investigaciones relacionan al Trastorno de la Expresión del Lenguaje con déficits en habilidades sociales, académicas y conductuales^{60, 61, 64, 73}.

Lo anterior respalda la necesidad de realizar mayor investigación en el desarrollo y patología del lenguaje, principalmente su detección temprana y eventual asociación a comorbilidad psiquiátrica. Llama la atención que siendo el Trastorno de la Expresión del Lenguaje un diagnóstico del capítulo V “Trastornos Mentales y del Comportamiento”, codificado como F80.1, no se encuentra entre las 14 primeras causas de morbilidad en la consulta externa del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” en los últimos 5 años.

HIPÓTESIS

Si los niños con Trastorno de la Expresión del Lenguaje que acuden a atención psiquiátrica especializada presentan comorbilidad psiquiátrica, entonces existe relación entre ambos.

OBJETIVOS

General

Identificar casos de trastorno de la expresión del lenguaje y su asociación a comorbilidad psiquiátrica.

Específicos

1. Describir las características sociodemográficas de los padres y de los niños con Trastorno de la Expresión del Lenguaje.
2. Identificar las siguientes características clínicas en los expedientes: antecedente familiar de problemas de lenguaje, desarrollo de lenguaje, motivo consulta (problema de lenguaje o no) y diagnóstico(s) de la CIE10.
3. Evaluar el desempeño gramatical mediante tres pruebas formales: S-CELF-4 (Semel, Wiig y Secord, 2006), BESA (Peña, Gutiérrez-Ciellen, Iglesias, Goldstein & Bedore, 2006) y TPL-México (Auza, Murata & Morgan, en proceso).

4. Identificar problemas de salud mental de banda ancha (internalizado/externalizado), banda estrecha respectiva, diagnóstico orientado al DSM mediante el CBCL y diagnósticos dados por el clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

MUESTRA

El presente trabajo deriva del proyecto denominado “Confiableidad y validez de una prueba tamiz para detectar a niños hispanohablantes con Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL), con edades de 4 a 6 años, en la Ciudad de México”, con la participación de 2 instituciones de salud, el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” y el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, y escuelas preescolares y de primaria. En este primer proyecto, los criterios fueron los siguientes:

Criterios de selección:

- a. Ser monolingües hispanohablantes.
- b. Habitantes de México y/o algún país latinoamericano donde se hable el español como lengua oficial.
- c. Tener cumplidos los 4 años de edad y hasta los 6 años con 11 meses.

Criterios de inclusión:

- 1) Niños hispanohablantes a quienes sus padres les hayan autorizado por escrito participar en el estudio serán incluidos en el estudio.
- 2) Niños que no presentan problemas cognitivos o neurológicos de acuerdo con el reporte entregado por los padres o maestros.

Al cumplir con los criterios anteriores se aplicaron las pruebas clínicas de lenguaje siguientes:

1. BESA (Bilingual English and Spanish Assessment, Peña, Gutiérrez-Clellen, Iglesias, Goldstein & Bedore, 2006) o subpruebas de S-CELF-4 (Spanish Clinical Evaluation of Language Fundamentals-4, Semel, Wiig y Secord, 2006).
2. Una muestra del lenguaje a través de la narración de la historia “Con una rana es suficiente”, Mayer, M. (1975).
3. La prueba de tamiz compuesta por dos subpruebas, una morfológica y otra de repetición de oraciones: TPL-México (Prueba de tamiz morfosintáctico, Auza, Murata & Morgan, en proceso).

Criterios de exclusión:

- 1) Niños que no tuvieron la edad requerida.
- 2) Niños que tuvieron un diagnóstico formal de un problema motriz, orgánico, neurológico, intelectual, psicológico o auditivo reportado por los padres.

Criterios de eliminación:

Se eliminaron aquellos individuos que hayan participado en el estudio, pero que en el transcurso del mismo se diagnosticó formalmente algún problema motor, neurológico, psicológico o auditivo. Para el presente trabajo, los niños con TEL se identificarán como tales a partir de la combinación de los criterios del proyecto del cual éste deriva, y en este caso se aplicaron los siguientes criterios:

Criterios de selección:

- a. Niños que hayan participado en el proyecto “Confiablez y validez de una prueba tamiz para detectar a niños hispanohablantes con Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL), con edades de 4 a 6 años, en la Ciudad de México”.
- b. Contar con un expediente clínico activo en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” (HPIJNN).

Criterios de inclusión:

1. Tener el diagnóstico de TEL.
2. Contar con historia clínica completa en el expediente clínico.
3. Contar con el consentimiento y asentimiento informado del proyecto del que este trabajo deriva.
4. Contar con el consentimiento informado firmado para la atención y tratamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Criterios de exclusión:

- 1) No tener el diagnóstico de TEL.
- 2) No contar con un expediente clínico activo en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.
- 3) No contar con historia clínica completa en el expediente clínico.
- 4) No contar con el consentimiento y asentimiento informado del proyecto del que este trabajo deriva.
- 5) No contar con el consentimiento informado firmado para la atención y tratamiento en el Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

Criterios de eliminación:

Petición de los padres o tutores para no continuar participando en el estudio.

VARIABLE CONCEPTUAL

1. TEL: Trastorno de la Expresión del Lenguaje, desde el punto de vista conceptual, para la CIE10 es el niño que tiene “antecedentes de ausencia de la expresión de palabras simples (o aproximaciones de palabras) alrededor de los dos años y el fracaso en la elaboración de frases sencillas de dos palabras hacia los tres años, posteriormente presenta una limitación del desarrollo del vocabulario, un recurso al uso excesivo de un escaso número de palabras generales, dificultades en la elección de las palabras adecuadas, la sustitución de unas palabras por otras, la utilización de frases cortas, la estructuración inmadura de las frases, errores sintácticos, en especial omisiones de sufijos o prefijos y errores u omisiones de elementos gramaticales concretos tales como preposiciones, pronombres, artículos, formas verbales y derivados de sustantivos. Pueden presentarse también generalizaciones incorrectas de reglas gramaticales y también una falta de fluidez de las frases o de la capacidad de ordenar adecuadamente en el tiempo acontecimientos pasados. Es frecuente que los déficits del lenguaje hablado se acompañen de retrasos o anomalías en la pronunciación de los fonemas que forman las palabras” En el DSM IV la característica esencial de este trastorno es una “deficiencia del desarrollo del lenguaje expresivo demostrada mediante las puntuaciones obtenidas en evaluaciones del desarrollo del lenguaje expresivo

normalizadas y administradas individualmente. Esas puntuaciones deben ser sustancialmente inferiores a las obtenidas en evaluaciones normalizadas tanto de la capacidad intelectual no verbal como del desarrollo del lenguaje receptivo (Criterio A). Las dificultades pueden aparecer en la comunicación implicada tanto en el lenguaje verbal como en el lenguaje gestual. Las dificultades del lenguaje interfieren los rendimientos académicos o laborales o bien la comunicación social (Criterio B). Los síntomas no cumplen los criterios de trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, ni de trastorno generalizado del desarrollo (Criterio C). En caso de retraso mental, déficit sensorial o motor del habla, o privación ambiental, las deficiencias del lenguaje son superiores a las habitualmente asociadas a tales problemas (Criterio D). Las características lingüísticas del trastorno incluyen un habla limitada cuantitativamente, una gama reducida de vocabulario, dificultad para la adquisición de palabras nuevas, errores de vocabulario o de evocación de palabras, frases excesivamente cortas, estructuras gramaticales simplificadas, limitación de las variedades de las estructuras gramaticales (p. ej., formas del verbo), limitación de las variedades de tipos de frases (p. ej., imperativos, interrogantes), omisiones de partes críticas de las oraciones, utilización de un orden inusual de palabras y enlentecimiento en el desarrollo del lenguaje. El funcionamiento no lingüístico (medido mediante test de inteligencia visomanual) y las habilidades de comprensión del lenguaje están situados habitualmente dentro de los límites normales. El trastorno del lenguaje expresivo puede ser adquirido o evolutivo, en el primero se produce una insuficiencia del lenguaje expresivo tras un período de desarrollo normal a consecuencia de una enfermedad neurológica o médica (p. ej., encefalitis, traumatismo craneal, irradiación), y en el tipo evolutivo existe una alteración del lenguaje expresivo que no está asociada a lesión neurológica alguna de origen desconocido. Los niños con este tipo de trastorno suelen iniciar su habla tardíamente y progresan con más lentitud de lo normal a través de los distintos estadios del desarrollo del lenguaje expresivo”. En el DSM 5, no se codifica como un trastorno específico, y se conjunta con los denominados trastornos del lenguaje expresivo – receptivo tanto en CIE 10 como en DSM IV, considerando los siguientes criterios bajo la denominación “Trastorno del lenguaje:

- A. Dificultades persistentes en la adquisición y uso del lenguaje en todas sus modalidades (es decir, hablado, escrito, lenguaje de signos u otro) debido a deficiencias de la comprensión o la producción que incluye lo siguiente:
 1. Vocabulario reducido (conocimiento y uso de palabras).

2. Estructura gramatical limitada (capacidad para situar las palabras y las terminaciones de palabras juntas para formar frases basándose en reglas gramaticales y morfológicas).
 3. Deterioro del discurso (capacidad para usar vocabulario y conectar frases para explicar o describir un tema o una serie de sucesos o tener una conversación).
- B. Las capacidades de lenguaje están notablemente y desde un punto de vista cuantificable por debajo de lo esperado para la edad, lo que produce limitaciones funcionales en la comunicación eficaz, la participación social, los logros académicos o el desempeño laboral, de forma individual o en cualquier combinación.
- C. El inicio de los síntomas se produce en las primeras fases del período de desarrollo.
- D. Las dificultades no se pueden atribuir a un deterioro auditivo o sensorial de otro tipo, a una disfunción motora o a otra afección médica o neurológica y no se explica mejor por discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) o retraso global del desarrollo”.

2. PSICOPATOLOGÍA: “Signos y síntomas de intensidad o duración insuficiente para reunir los criterios para algún trastorno mental”⁸³.

VARIABLE OPERACIONAL

1. TEL: Para el diagnóstico de TEL se utilizó la prueba BESA para niños de 4 años, para niños de 5 y 6 años la prueba S-CELF y en las tres edades el TPL con los puntos de corte que se detallan en la Tabla 2.

Tabla 2. Puntos de corte para TEL según las pruebas formales de medición.

BESA % global	Edad	TPL		S-CELF	
		Morfología de oraciones	Repetición de oraciones	Morfología de oraciones	Repetición de oraciones
< 60%	4 años	<69	<91	-	-
-	5 años	<69	<93	<9	<9
-	6 años	<77	<94	<9	<9

2. PSICOPATOLOGÍA: Todo paciente que tenga puntuación clínica en CBCL expresada en los puntajes T.

INSTRUMENTOS Y NIVEL DE MEDICIÓN

- a. Evaluación morfológica BESA (Bilingual English and Spanish Assessment, Peña, Gutiérrez-Clellen, Iglesias, Goldstein & Bedore, 2006): se aplicó a los niños que cursaban preescolar. A pesar de que esta prueba todavía no se publica, la prueba BESA ha sido validada para este propósito. La sensibilidad y la especificidad son de un 86.4% para niños entre los cuatro de los cinco años de edad y de un 94.4% para niños entre los cinco y seis años de edad. Aunque esta prueba está disponible para niños mayores, la sensibilidad y la especificidad son limitadas (Gutiérrez-Clellen et al., 2006) y por tal razón no se empleó en niños mayores de 5 años con 11 meses de edad.
- b. Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje, Edición Española S-CELF-4 (Spanish Clinical Evaluation of Language Fundamentals-4, Semel, Wiig y Secord, 2006). Se aplicó a los niños que se encontraban entre las edades de 6 y 8 años. Esta prueba no es una traducción del inglés, sino que se desarrolló para la evaluación del español. El manual técnico (Semel, Wiig, y Secord, 2006) indica que la prueba CELF en español es válida y demuestra una alta sensibilidad (del 96%) y una especificidad (del 87%) en los niños hispanohablantes de seis años en adelante. Para determinar si los niños presentaban o no un TEL, los resultados de esta prueba se corroboraron con la opinión clínica de un especialista. También se tomó en cuenta la información que proporcionaron los padres acerca del lenguaje de los niños.
- c. TPL-México (Prueba de tamiz morfosintáctico, Auza, Murata & Morgan, en proceso), compuesta por dos subpruebas, una morfológica y otra de repetición de oraciones, con un puntaje estándar mínimo respectivo de 69% y 91% para niños de 4 años, 69% y 93% para niños de 5 años y 77% y 94% para niños de 6 años.
- d. Cuestionario sobre el comportamiento de niños(as) (CBCL), para edades de 1½ a 5 años, CBCL/1 ½-5, y para edades de 6 a 18 años, CBCL/6-18, por sus siglas en inglés Child Behavior Checklist (Achenbach & Rescorla, 2001). Se utilizará la versión completa en

español editada por ASEBA 2000 para 1½ a 5 años, y la de ASEBA 2000 para 6-18 años. El instrumento se aplica a los padres y consta de 100 y 113 reactivos respectivamente. Para las edades de 1½ a 5 años, se identifican dos patrones generales de problemas externalizados como conducta de ruptura de reglas y agresión; y de internalizados, como depresión-ansiedad, depresión-introversión y problemas somáticos. La consistencia de la escala es de 0.95 y la confiabilidad test-retest es de 0.90.

En el caso de la versión de 6 a 18 años, se evalúan problemas tales como depresión-ansiedad, aislamiento depresivo, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, quebranto de normas, y conducta agresiva. Además contiene las escalas de problemas internalizados y problemas externalizados. Esta versión ha sido reportada en otros estudios donde se le ha adaptado, señalando coeficientes de alpha de Cronbach de 0.90 para problemas internalizados, y de 0.94 para externalizados, y un 0.97 para el total de problemas; y el CCI para el test-retest de la escala total fue de 0.97.

PROCEDIMIENTO

Este trabajo deriva del proyecto llamado “Validez y confiabilidad de una prueba de tamizaje para detectar niños hispanohablantes con Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL)” registrado ante el Comité de Investigación y ante el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro” con la clave I13/01/0213.

Se obtuvieron los permisos correspondientes y las aprobaciones por los comités de investigación y de ética en investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, posteriormente se invitó al proyecto mediante carteles con información puntual ubicados en las áreas de consulta externa y admisión continua del HPIJNN, en los participantes que contaron con expediente activo en la unidad se procedió a contactar a los responsables, se les entregó la carta explicativa del proyecto, se hizo el proceso del consentimiento informado y se les pidió llenar el cuestionario para calendarizar sus citas. En estos pacientes se realizó la evaluación del lenguaje (BESA, S-CELF, TPL) y se añadió la evaluación con el CBCL, por lo que el tiempo de aplicación de las pruebas se estimó en al menos 1 hora. El paso siguiente consistió en anexar en el expediente clínico una hoja impresa con los resultados de la combinación de los criterios del proyecto del

cual este trabajo deriva y la impresión del reporte del CBCL para que su médico tratante pudiera consultarlos, además de entregar un reporte impreso a los responsables del menor con los criterios y resultados de las pruebas para el diagnóstico de TEL en un formato tipo “semáforo”, donde el indicador color verde (resultado inferior a la media en una de seis evaluaciones) significa que por las pruebas realizadas hay un desarrollo típico del lenguaje, el indicador color amarillo (resultado inferior a la media en dos a tres de seis evaluaciones) significa que amerita una revaloración del lenguaje a considerar por su médico tratante y el indicador color rojo (resultado inferior a la media en cuatro a seis de seis evaluaciones) significa que la combinación de los criterios de las pruebas se obtuvo el diagnóstico de TEL y en este caso se canalizará a terapia de lenguaje. Para los resultados de este proyecto, no se tomó en cuenta el resultado de la muestra espontánea de lenguaje, dado que no se contaba con ella en 4 casos por renuencia de los menores a narrar la historia.

Sólo los niños con diagnóstico de TEL se incluirán en los resultados de este trabajo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los procedimientos se realizaron con apego a lo estipulado en la Ley General de Salud y en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Por tanto se establece que esta investigación tiene una categoría de riesgo mínimo por ser un estudio prospectivo que emplea procedimientos de exámenes de diagnóstico comunes, según el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación. Fue aprobado por el Comité de Investigación y por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”.

En el estudio se cuidó la confidencialidad de los datos y se respetaron los derechos de los pacientes, además de realizarse el proceso de consentimiento informado, mismo que se documentará a través de la carta de Consentimiento Informado; y para el caso de los sujetos de investigación que puedan leer, se documentó también con la carta de Asentimiento Informado.

RESULTADOS

Tabla 3

Características sociodemográficas de los padres y de los niños con TEL (N=10)

Característica	n	%
Edad		
4 a 5 años	6	60
6 años	4	40
Sexo		
Masculino	10	100
Femenino	0	0
Grado máximo de estudios completado		
Madre		
Menor a primaria	0	0
Primaria	0	0
Secundaria	6	60
Preparatoria	3	30
Licenciatura	1	10
Postgrado	0	0
Padre		
Menor a primaria	2	20
Primaria	0	0
Secundaria	3	30
Preparatoria	4	40
Licenciatura	1	10
Postgrado	0	0
Hogar		
Familiar nuclear	4	40
Familiar no nuclear	6	60
Nivel socioeconómico		
A	6	60
B	3	30
C	1	10

En la tabla 3 se observa que la mayor prevalencia de TEL se encontró en el grupo de edad de 4 a 5 años (60%). Respecto al género, se observa que *todos* los casos fueron del sexo masculino. En las madres predomina el nivel de secundaria, mientras que en los padres el de preparatoria.

Los niños pertenecen en un porcentaje discretamente mayor a familias no nucleares (es decir, viven con familiares como abuelos, tíos, etc.). El estatus socioeconómico predominante de las familias fue el nivel A, que corresponde al nivel más bajo.

Tabla 4

Antecedentes clínicos de los participantes (N=10)

Antecedentes	n	%
Familiares		
Trastornos del lenguaje		
Sí	3	30
No	7	70
Personales patológicos		
Pre, peri y posnatales		
Sí	5	50
No	5	50
Desarrollo del lenguaje		
Desarrollo típico	4	40
Retraso en adquisición de gramaticalidad (Lenguaje estructurado)	4	40
Retraso en la aparición y progresión del lenguaje	2	20
El motivo de consulta se relaciona al problema de lenguaje		
Sí	3	30
No	7	70
Se codificó algún trastorno del lenguaje en el expediente		
Sí	5	50
No	5	50

En la tabla 4 destaca que sólo una tercera parte tuvo antecedentes familiares de problemas del lenguaje. Los antecedentes personales pre, peri y posnatales estuvieron presentes en la mitad de la muestra. Además, más de la mitad de la muestra presentó antecedentes de retraso en la aparición y progresión del lenguaje o en la adquisición de gramaticalidad o lenguaje estructurado.

Casi tres cuartas partes de los pacientes con presencia de TEL refirieron otro motivo de consulta diferente al problema de lenguaje y la codificación de trastorno de lenguaje por el clínico sólo se observó en la mitad de los casos.

Tabla 5

Medias de desempeño gramatical, puntuación T del CBCL y orientado a DSM IV y diagnósticos clínicos acordes a CIE10 en menores de 6 años (N=8)

Evaluación	1	2	3	4	5	6	7	8
Pruebas Formales								
BESA (% global)	-	-	19.52	-	-	-	-	6.51
S-CELF-4								
Morfología	7	5	-	3	6	4	4	-
Repetición	10	8	-	7	12	1	3	-
TPL								
% Morfología	23.08	38.46	7.69	30.77	61.54	7.69	46.15	7.69
% Repetición	83.72	51.16	9.30	39.53	74.42	60.47	4.65	48.84
CBCL (Escala sindromáticas)								
Problemas Internalizados								
Emocionalmente reactivo	67-B	67-B	77-C	65-B	77-C	65-B	-	77-C
Ansioso/deprimido	-	79-C	69-B	-	100-C	-	-	69-B
Quejas somáticas	-	78-C	65-B	-	70-C	72-C	-	65-B
Aislacionismo	-	73-C	70-C	73-C	76-C	73-C	-	70-C
Problemas de sueño	70-C	-	-	-	-	-	-	-
Problemas externalizados								
Problemas de atención	73-C	-	73-C	-	70-C	-	-	73-C
Conducta agresiva	69-B	66-B	79-C	93-C	93-C	-	-	79-C
CBCL (Escala orientadas a DSM IV)								
Problemas afectivos	72-C	77-C	67-B	77-C	84-C	72-C	-	67-B
Problemas de ansiedad	70-C	78-C	75-C	-	86-C	75-C	-	75-C
Problemas generalizados del desarrollo	68-B	77-C	75-C	-	75-C	75-C	-	75-C
Problemas por déficit de atención/hiperactividad	71-C	-	67-B	67-B	76-C	-	-	67-B
Problemas por oposicionista/desafiante	70-C	67-B	73-C	77-C	80-C	-	-	73-C
Diagnóstico clínico (CIE10)	F90	F90	F70	F90	F90	F90	F90	F84.5

En la tabla 5 se observa que en los resultados de la prueba BESA ambos niños de 4 años tuvieron desempeño global menor al 50% del mínimo esperable y ambos obtuvieron 11% respecto al mínimo en la tarea de morfología en TPL. Mientras que en el caso de los niños de 5 años se observa que 50% de los niños tuvieron menos de 50% en la tarea de morfología en las dos pruebas formales.

Respecto a la psicopatología se observa que solo 1 niño (12.5%) no tuvo comorbilidad con psicopatología por resultados del CBCL. Asimismo, 6 de los niños de este grupo (75%), exhibieron resultados de psicopatología mixta (trastornos internalizados y externalizados); y 1 niño (12.5%) solamente trastornos internalizados. A nivel de banda estrecha se observa que en las escalas sindromáticas de problemas internalizados del CBCL, los puntajes en rango clínico se encontraron en 3 niños (37.5%) en “emocionalmente reactivo”, 2 niños (25%) en “ansioso/deprimido”, 3 niños (37.5%) en “quejas somáticas”, en 6 niños (75%) en “aislacionismo”; en problemas de sueño, 1 niño (12.5%) tuvo puntaje clínico; respecto a problemas externalizados, 4 niños (50%) en “problemas de atención” y 50% en “conducta agresiva”. Al considerar los resultados del CBL en función de las escalas orientadas a DSM IV, se encontró puntaje clínico en 5 niños (62.5%) en “problemas afectivos” y en 6 niños (75%) en “problemas de ansiedad”, en 5 niños (62.5%) en “problemas generalizados del desarrollo”, en 2 niños (25%) “problemas por déficit de atención/ hiperactividad” y en 5 niños (62.5%) en “problemas por oposicionista/ desafiante”.

En lo que respecta a la valoración por el clínico, se observa que en 6 niños (75%), el diagnóstico principal fue Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (F90).

Tabla 6

Medias de desempeño gramatical, puntuación T del CBCL y orientado a DSM IV y diagnósticos clínicos acordes a CIE10 en niños de 6 años (N=2)

Evaluación	1	2
Pruebas Formales		
S-CELF-4		
Morfología	6	8
Repetición	9	12
TPL		
% Morfología	15.38	61.54
% Repetición	58.14	83.72
CBCL (Escala sindromáticas)		
Problemas Internalizados		
Ansioso/deprimido	69-B	-
Aislado/deprimido	68-B	-
Quejas somáticas	-	-
Problemas sociales	75-C	70-C
Problemas del pensamiento	-	-
Problemas de atención	71-C	67-B
Problemas externalizados		
Conducta de ruptura de normas	67-B	-
Conducta agresiva	66-B	68-B
CBCL (Escala orientadas a DSM IV)		
Problemas afectivos	65-B	-
Problemas de ansiedad	72-C	65-B
Problemas somáticos	-	-
Problemas por déficit de atención/ hiperactividad	72-C	72-C
Problemas por opositorista/ desafiante	66-B	70-C
Problemas de conducta	65-B	-
Diagnóstico clínico (CIE10)	F90	F90

En la Tabla 6 destaca que el niño con desempeño más bajo en las tareas de morfología y repetición en ambas pruebas formales tuvo el doble de puntaje en rango clínico y en rango límite en las Escalas sindromáticas y el triple de puntaje en rango límite en las Escalas orientadas a DSM IV respecto al niño con mejor desempeño en las mismas pruebas. Ambos tuvieron rango clínico en “problemas sociales” y en “problemas por déficit de atención/ hiperactividad”. Desde el punto de vista del diagnóstico dado por el clínico se observa que ambos tuvieron el diagnóstico de F90 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

DISCUSIÓN

Este proyecto tuvo como propósito identificar casos de trastorno de la expresión del lenguaje y su asociación a comorbilidad psiquiátrica. Efectivamente los datos reportados coinciden con

diversos reportes en la literatura. Por ejemplo, el diagnóstico principal en los niños fue Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, de acuerdo a los resultados de tres estudios referidos previamente^{58, 62, 63, 64, 67, 68, 69}. En este proyecto también se observó que el niño de más bajo desempeño en ambas pruebas (tabla 5) correspondió al diagnóstico de trastorno del espectro autista y puntajes elevados en las escalas del CBCL, coincidiendo tanto con los resultados de Helland (2012) sobre la frecuencia de déficits comunicacionales de magnitud similar entre ambas patologías⁵⁷, como con los de Gilmour (2004) en su estudio sobre déficits de comunicación social en trastornos de conducta⁷⁷. En concordancia con lo reportado por varios estudios, el mayor porcentaje de la muestra (90% en este caso), presentó síntomas tanto internalizados como externalizados^{72, 73, 76, 79}, contrastando a lo descrito por Zadeh (2007), quien sugiere que la comorbilidad psiquiátrica más destacada es la de tipo externalizado⁵⁹. En esta muestra se documentó que de acuerdo a los resultados del CBCL por sintomatología en rango clínico y respecto a banda ancha se observó psicopatología mixta. No obstante, si se considera también el rango borderline o subclínico predomina la psicopatología internalizada. Desde luego que lo que más llama la atención es que el clínico consideró casi invariablemente el diagnóstico de trastorno por déficit de atención; de este modo, los problemas internalizados son desestimados. Lo más significativo es que pese a que el motivo de consulta (es decir, la preocupación parental) aludió al lenguaje en un 30%, en el diagnóstico clínico, no se consideró algún problema de lenguaje⁷⁰.

El motivo de consulta no se relacionó con problemas de lenguaje en un 70%, a diferencia de lo reportado en estudios internacionales donde se encontró hasta un 40% de trastornos de lenguaje no sospechados en la canalización de los niños a atención psiquiátrica⁶⁶, y a lo reportado por un estudio nacional en relación a que los problemas de lenguaje constituyen la preocupación principal para búsqueda de atención por parte de los padres⁴¹. Esto puede relacionarse con varios factores. Por un lado, es posible que aunque los problemas de lenguaje precedan a los de tipo externalizado o internalizado, acuden a atención hasta que la escuela los refiere por “inquietud” o problema similar. Asimismo, es posible que existe cierto grado de “normalización” de los problemas de lenguaje: “así habla”. Desde luego, no se descarta la posibilidad de que los padres hayan acudido a solicitar ayuda en el pasado y: o no fue proporcionada dado que no se diagnosticó el problema de lenguaje o fue inefectiva, o no acudieron pese a la indicación de tratamiento. Sin embargo, ninguno de estos factores puede identificarse ya que ni en el clínico en

el hospital investigó este antecedente, ni se cuenta con el acceso a información de atención previa del paciente.

Por otro lado, respecto a los antecedentes de hitos del lenguaje, la información podría estar sesgada ya que es de tipo retrospectivo, por un lado. Por el otro, es posible que si el clínico no investiga respecto al lenguaje pese a ser el motivo de consulta, menos documentará antecedentes del desarrollo del lenguaje y otros elementos que se sugieren como herramientas útiles para el diagnóstico diferencial y la comorbilidad⁷¹. De este modo, es posible que el dato de 60% de niños con retraso en el desarrollo del lenguaje, pudiera ser mayor. No obstante el dato es similar a lo que reporta Law (1998) en su revisión sistemática sobre retraso del habla y el lenguaje⁴³.

En relación a las características sociodemográficas de los niños, la mayor prevalencia de TEL se encontró en el grupo de edad de 4 a 5 años (60%). Respecto al género, se observa que *todos* los casos fueron del sexo masculino, similar a los datos aportados por una investigación sobre procesos causales para conducta antisocial⁷⁸. En las madres predomina el nivel de secundaria, mientras que en los padres el de preparatoria, similar a lo informado por INEGI (2010) sobre las características de las personas con discapacidad⁸², en relación a que los hombres en este país a nivel general tienen mayor grado de estudios que las mujeres. De acuerdo a la clasificación de las familias en dicho informe, los niños de la muestra pertenecen en un porcentaje discretamente mayor a familias no nucleares (es decir, viven con familiares como abuelos, tíos, etc.), que, aunado al estatus socioeconómico predominante de las familias (nivel A, que corresponde al nivel más bajo), pudiera explicarse por las características generales de la población que acude a los servicios de atención psiquiátrica institucional, de nivel socioeconómico bajo.

CONCLUSIONES

1. El lenguaje es un campo que presenta grandes oportunidades de investigación para la salud mental. Se relaciona con las diferentes áreas del desempeño funcional, principalmente la lectoescritura, vinculada al rendimiento académico, las habilidades sociales y manifestaciones de psicopatología como trastornos de ansiedad y de conducta.
2. La asociación entre problemas de lenguaje y comorbilidad psiquiátrica es controversial. Se sugiere que los problemas de psicopatología pueden ser reactivos a la baja habilidad para comunicarse y las exigencias cada vez crecientes en el entorno. Además, salvo los

trastornos fonológicos, la patología de la expresión del lenguaje suele pasar desapercibida en escenarios clínicos.

3. En los datos de este estudio, se observó que la mayor prevalencia de TEL se encontró en el grupo de preescolares y en el sexo masculino, y los antecedentes personales pre, peri y posnatales estuvieron presentes en la mitad de la muestra.
4. En los datos de este estudio, en una tercera parte de los niños con TEL se reportó por los padres antecedentes familiares de problemas de lenguaje. Más del 50% presentó antecedentes de retraso en la aparición y progresión del lenguaje o en la adquisición de gramaticalidad básica o lenguaje estructurado.
5. De los niños de nuestra muestra casi tres cuartas partes fueron conducidos a consulta por otro motivo diferente al problema de lenguaje, y en el escenario clínico la codificación de trastorno de lenguaje sólo se observó en la mitad de los casos.
6. En estos niños, se encuentran problemas generales de conducta y emociones, acaso como manifestaciones de los problemas inherentes a una comunicación deficiente con pares y a las dificultades de estos menores para adaptarse a las exigencias académicas conforme transcurre su vida escolar, o acaso siendo el problema del lenguaje una manifestación de patología psiquiátrica de base.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Limitaciones:

1. El Tamaño de la muestra, relacionado con la profundidad y minuciosidad en la evaluación del lenguaje.
2. El diseño transversal, dado que un diseño longitudinal pudiera brindar mayor información respecto al impacto en el rendimiento académico.
3. Los antecedentes perinatales y del desarrollo del lenguaje se obtuvieron de manera retrospectiva y pueden tener una fiabilidad menor que si se hubieran obtenido de los informes médicos existentes en los expedientes de otras unidades donde los niños hayan tenido atención previa (nacimiento, consultas de seguimiento del niño menor de 5 años, etc.).

Recomendaciones:

1. Un tamaño de muestra mayor para investigaciones posteriores.

2. Realizar mayor investigación en este ámbito, para desarrollar pruebas para nuestro país, dado que es importante destacar que la valoración del lenguaje no puede ser realizada con traducciones o adaptaciones para *otra* lengua.
3. Dada la frecuencia de los antecedentes personales tanto patológicos como del desarrollo del lenguaje, debemos considerar como necesaria la participación conjunta de los diferentes servicios que brindan atención y seguimiento a los menores, para lograr una mejor y más temprana identificación de problemas en el lenguaje y abordarlos a temprana edad.

REFERENCIAS

1. Sameroff AJ. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development*, 18 (1 – 2): 65 – 79.
2. Gottlieb G. (1991). Experiential canalization of behavioral development: Theory. *Developmental Psychology*; 4 – 10.
3. Anastasi A. (1958). Heredity, environment, and the question “How?”. *Psychological Review*; 65: 197 – 208.
4. Cavalli – Sforza LL, Brodmer WF. (1971). *The genetics of human populations*. New York: Freeman, p. 536.
5. Bronfenbrenner U, Ceci SJ. (1994). Nature – Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. *Psychological Review*. 101 (4): 568 – 586.
6. Lerner RM: Developmental Science, Developmental Systems, and Contemporary Theories of Human Development. En: Damon & Lerner (eds): *Handbook of Child Psychology*. 6th ed. Vol 1. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2006, Chap 1.
7. Bronfenbrenner U, Morris PA: The Bioecological Model of Human Development. En: Damon & Lerner (eds): *Handbook of Child Psychology*. 6th ed. Vol 1. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2006, Chap 14.
8. Sameroff AJ. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development & Psychopathology*; 12 (3): 297 – 312.
9. Mayes LC, Gilliam WS, Sosinsky LS: The Infant and Toddler. En: Martin Volkmar (eds): *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007, Chap 3.1.1.
10. Bishop D, Norbury C F. Speech and language disorders. En: Rutter's, *Child and Adolescent Psychiatry*, 5th Edition. 2008. Blackwell Publishing Ltd, pp. 782 – 801.

11. Rhea P, Miles S: Development of Communication. En: Lewis M (ed): *Lewis Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2002, Chap 17.
12. American Speech – Language – Hearing Association. (1982). *Language*. [Relevant Paper]. Available from www.asha.org/policy.
13. Bloom L, Lahey M: *Language Development and Language Disorders*. New York, Wiley, 1978.
14. Olsho LW. (1984). Infant frequency discrimination. *Infant Behavior Development*. 7: 25 – 35.
15. Smith, S. L., Gerhardt, K. J., Griffiths, S. K., & Huang, X. (2003). Intelligibility of sentences recorded from the uterus of a pregnant ewe and from the fetal inner ear. *Audiology and Neuro Otology*. 8, 347–353.
16. Aslin RN, Jusczyk PW, Pisoni DB: Speech and auditory processing during infancy: Constraints on and precursors to language. En: Damon W, Kuhn D, Siegler RS (eds): *Handbook of Child Psychology*, vol 2: *Cognition, Perception, and Language*, 5th ed. New York, Wiley, 1998, pp. 147–198.
17. Trehub, S. E., Endman, M. W., & Thorpe, L. A. (1990). Infants' perception of timbre: Classification of complex tones by spectral structure. *Journal of Experimental Child Psychology*, 49, 300–313.
18. Clifton RK, Perris E, Bullinger A. (1991). Infants' perception of auditory space. *Developmental Psychology*; 27:161–171.
19. Abercrombie, D. (1967). *Elements of general phonetics*. Edinburgh, Scotland: Edinburgh University Press.
20. Demany, L., McKenzie, B., & Vurpillot, E. (1977). Rhythm perception in early infancy. *Science*, 266, 718–719.
21. Nazzi, T., Bertoncini, J., & Mehler, J. (1998). Language discrimination by newborns: Toward an understanding of the role of rhythm. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 24(3), 756–766.
22. Stark R: Prespeech segmental feature development. En: Fletcher P, Garman M (eds): *Language Acquisition*. New York, Cambridge University Press, 1979.
23. Oller DK, Eilers RE, Neal AR, et al. (1998). Late onset canonical babbling: A possible early marker of abnormal development. *American Journal of Mental Retardation*. 103:249–263.

24. Hollich GJ, Hirsh – Pasek K, Golinkoff RM. (2000). Breaking the Language Barrier: An Emergentist Coalition Model for the Origins of Word Learning. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 65 (3).
25. Kochanska G, Thompson RA. The Emergence and Development of Conscience in Toddlerhood and Early Childhood. En: Grusec JE, Kuczynski (eds): *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary therapy*. New York. John Wiley & Sons, 1997, 53 – 77.
26. NICHD Early Child Research Network. Child – care effect sizes for the NICHD study of early child care and youth development. *American Psychologist*. Feb – Mar 2006; 6 (2): 99 – 116.
27. Hart B, Risley TR. (1995). Meaningful Differences in the Everyday Experience of Young American Children. Baltimore, Paul H Brookes Publishing.
28. Gesell A, Amatruda CS. (2012). *Diagnóstico del desarrollo normal y anormal del niño*. Madrid, España. Ediciones Culturales Paidós; 97 – 102.
29. Waxman SR, Lidz JL: Early Word Learning. En: Damon & Lerner (eds): *Handbook of Child Psychology*. 6th ed. Vol 2. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc, 2006, Chap 7.
30. Mayes LC, Gilliam WS, Sosinsky LS: The Infant and Toddler. En: Martin Volkmar (eds): *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. 4th ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2007, Chap 3.1.1.
31. Stoel-Gammon C. (1991). Normal and disordered phonology in two year olds. *Top Language Disorders Journal*. 11:21–32.
32. Ulrey G. (1982). Assessment Considerations with Language Impaired Children. En: Ulrey G, Rogers SJ (eds). *Psychological Assessment of Handicapped Infants and Young Children*. New York, Thieme – Stratton.
33. Owens R: *Language Development*, 5th ed. Boston, Allyn and Bacon, 2000.
34. Shonkoff JP, Phillips DA. (2000). From Neurons to Neighborhoods: The Science of Early Childhood Development. Washington, DC, National Academy Press.
35. Ortony A, Reynolds RE, Arter JA. (1978). Metaphor: Theoretical and empirical research. *Psychological Bulletin*; 85:919–943.
36. Livingston KR. (1982). Beyond the definition given: On the growth of connotation. En: Kuczaj SA (ed): *Language Development*, vol 1. Hillsdale, NJ, LEA.

37. Resnick DA. (1982). A developmental study of proverb comprehension. *Journal of Psycholinguist Research*; 11:521–538.
38. Chomsky C. (1969). *The Acquisition of Language from Five to Ten*. Cambridge, MA, MIT Press.
39. Nippold MA (ed): The literate lexicon. En: *Later Language Development: Ages Nine through Nineteen*. Boston, Little, Brown, 1998; 29–47.
40. Dale PS, Patterson JI. Early Identification of Language Delay. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. 2009; 1-5.
41. Caraveo J, Colmenares E, Martínez N. (2002). Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*; 44 (6). pp. 492-498.
42. Van Dike DC, Holte L. (2003). Communication Disorders in Children. *Pediatric Annals*; 32 (7): 436.
43. Law J, Boyle J, Harris F, et al. (1998). Screening for Speech and Language Delay: A Systematic Review of the Literature. *Health Technology Assessment*. 2: 1 – 184.
44. American Speech – Language – Hearing Association. (1993). Definitions of communication disorders and variations [Relevant Paper]. Available from www.asha.org/policy.
45. Im-Bolter N, Cohen NJ. (2007). Language Impairment and Psychiatric Comorbidities. *Pediatric Clinics of North America*; 54, pp. 525–542.
46. Bartlett CW, Flax JF, Logue MW, et al. (2002). A major Susceptibility Locus for Special Language Impairment is Located on 13q21. *American Journal of Human Genetics*; 71 (1): 45 – 55.
47. Becker-Bryant J. Language in social contexts: Communicative competence. En: J. Berko-Gleason (Ed.). *The development of language*. 2001; pp. 191–229.
48. Jackson-Maldonado D. (2011). La identificación del Trastorno Específico del Lenguaje en Niños Hispano-hablantes por medio de Pruebas Formales e Informales. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*; 11(1), pp. 33-50.
49. Tomblin JB, Records NL, Buckwalter P, et al. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech Language and Hearing Research*; 40(6), pp. 1245-60.

50. Boudreau D, Hedberg N. (1999). A comparison of early literacy skills in children with specific language impairment and their typically developing peers. *American Journal of Speech–Language Pathology*; 8, pp. 249-260.
51. Vallance D, Im N, Cohen NJ. (1999). Discourse deficits associated with psychiatric disorders and with language impairments in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 40(5): 693-704.
52. Ardila A, Bernal B, Rosselli M. (2016). How Localized are Language Brain Areas? A Review of Brodmann Areas Involvement in Oral Language. *Archives of Clinical Neuropsychology*; 31(1):112-22.
53. Hampson M, Peterson B, Skudlarski P, Gatenby J, et al. (2002). Detection of Functional Connectivity Using Temporal Correlations in MR Images. *Human Brain Mapping*; 15:247-262.
54. Dinstein I, Pierce K, Eyer L, Solso S, Malach R, et al. (2012). Disrupted Neural Synchronization in Toddlers with Autism. *Neuron*; 70: 1218-1225.
55. Lo Y, Chou T, Fan L, Shur-Fen S, Chiu Y, et al. (2013). Altered Structure-Function Relations of Semantic Processing in Youths with High-Functioning Autism: A Combined Diffusion and Functional MRI Study. *Autism Research*; 6:561-570.
56. Pugh K, Mencl W, Shaywitz B, Shaywitz S, et al. (2000). The angular gyrus in developmental dyslexia: task-specific differences in functional connectivity within posterior cortex. *Psychological Science*; 11(1): 51-6.
57. Helland WA, Biringier E, Helland T, Heimann M. (2012). Exploring Language Profiles for Children With ADHD and Children With Asperger Syndrome. *Journal of Attention Disorders*; (16)1: 34-43.
58. Mueller KL, Tomblin JB. (2102). Examining the comorbidity of language disorders and ADHD. *Topics in Language Disorders*; 32(3): 228–246.
59. Zadeh Z, Im-Bolter N, Cohen NJ. (2007). Social cognition and externalizing psychopathology: an investigation of the mediating role of language. *Journal of Abnormal Child Psychology*; 35(2): 141-52.
60. Beitchman JH, Wilson B, Walters H, et al. (1996). Long-Term Consistency in Speech/Language Profiles: I. Developmental and Academic Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 35:6: 804-814.

61. Beitchman JH, Wilson B, Walters H, et al. (1996). Long-Term Consistency in Speech/Language Profiles: II. Behavioral, Emotional, and Social Outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 35(6): 815-825.
62. Beitchman JH, Nair R, Clegg M, et al. (1986). Prevalence of speech and language disorders in 5-year-old kindergarten children in the Ottawa-Carleton region. *Journal of Speech and Hearing Disorders*; 51(2): 98-110.
63. Cantwell DP, Baker L. (1991). Psychiatric and developmental disorders in children with communication disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association.
64. Cohen NJ, Menna R, Vallance DD, et al. (1998). Language, social cognitive processing, and behavioral characteristics of psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*; 39(6): 853-864.
65. Greven CU, Rijdsdijk FV, Asherson P. (2012). A longitudinal twin study on the association between ADHD symptoms and Reading. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 53(3): 234-242.
66. Pennington B, McGrath L, Rosenberg J, Barnard H, Smith S, et al. (2009). Gene x Environment Interactions in Reading Disability and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Developmental Psychology*; 45(1):77-89.
67. El Sady SR, Nabeih AA, Mostafa EM, Sadek AA. (2013). Language impairment in attention deficit hyperactivity disorder in preschool children. *The Egyptian Journal of Medical Human Genetics*; 14: 383-389.
68. Helland WA, Helland T, Heimann M. (2014). Language Profiles and Mental Health Problems in Children With Specific Language Impairment and Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*; (18) 3: 226-235.
69. Cohen NJ, Vallance DD, Barwick M, et al. (2000). The interface between ADHD and language impairment: an examination of language, achievement, and cognitive processing. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 41(3): 353-62.
70. Cohen NJ, Barwick MA, Horodezky NB, et al. (1998). Language, achievement, and cognitive processing in psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 39(6): 865-77.

71. Redmond SM. (2015). Language Impairment in the ADHD Context *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*; doi:10.1044/2015_JSLHR-L-15-0038.
72. Vallance DD, Cummings RL, Humphries T. (1998). Mediators of the risk for problem behavior in children with language learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*; 31(2): 160 – 171.
73. Beitchman JH, Wilson B, Johnson CJ, et al. (2001). Fourteen-year follow-up of speech/language-impaired and control children: psychiatric outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 40(1): 75-82.
74. Karniski WM, Levine MD, Clarke S, et al. (1982). A study of neurodevelopmental findings in early adolescent delinquents. *Journal of Adolescent Health Care*; 3(3): 151 – 159.
75. Sanger D, Moore-Brown B, Magnuson G, et al. (2001). Prevalence of Language Problems among Adolescent Delinquents: A Closer Look. *Communication Disorders Quarterly*; 23(1): 17 – 26.
76. Willinger U, Brunner E, Diendorfer-Radner G, et al. (2003). Behavior in Children with Language Development Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*; 48: 607 – 614.
77. Gilmour J, Hill B, Skuse DH. (2004). Social communication deficits in conduct disorder: a clinical and community survey. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 45(5): 967 – 978.
78. Rutter, M. (2003). Commentary: Causal processes leading to antisocial behavior. *Developmental Psychology*; 39(2): 372 – 378.
79. Moffitt TE. (1993). The neuropsychology of conduct disorder. *Developmental Psychopathology*; 5 (1-2): 135 – 151.
80. Denckla MB. (1996). Biological correlates of learning and attention: What is relevant to learning disability and attention-deficit hyperactivity disorder? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*; 17(2): 114 – 119.
81. Cohen NJ. The Impact of Language Development on the Psychosocial and Emotional Development of Young Children. *Encyclopedia on Early Childhood Development*. 2005; online.
82. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México). Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010 / Instituto Nacional de Estadística y Geografía.-- México: INEGI, c2013.x, 272 p.: il.

83. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services (2007). Promotion and Prevention In Mental Health: Strengthening Parenting and Enhancing Child Resilience, DHHS Publication No. CMHS-SVP-0175. Rockville, MD.

ANEXOS

Anexo 1. Carta de aprobación por el Comité de Investigación para el proyecto principal.



Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud
y Hospitales de Alta Especialidad
Secretaría de Salud y Protección Social

Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Álvarez"

Oficio: DI/C/ISS/0413
Dictamen: Aprobación
México, D.F., a 30 de abril de 2013

Dra. María Elena Márquez Corona
Investigador Asociado y Responsable IPIB/INM
Presencia

Por este medio le informamos que el proyecto de investigación "Evaluación de la validez y confiabilidad de una prueba de tamizaje para detectar niños hispanohablantes con Trastorno de la Exposición del Lenguaje (TEL)", registrado en esta División de Investigación con la clave H3016213 ha sido dictaminado como: **Aprobado**, puede pasar al comité de ética para su evaluación.

Se notifica a los siguientes obligados (ver anexo 1):

- Deberá entregar cada 6 meses (mayo y noviembre) un informe de los avances de su proyecto. Entregar su primer informe semestral del desarrollo del estudio durante la primera semana del mes de Mayo en la página <https://sites.google.com/site/hpiconm/investigacion> del sitio internet, así como de los avances de los trabajos realizados (presentaciones en congresos, etc.) y el registro de publicaciones de su investigación.
- Al finalizar el proyecto deberá entregar el informe final en la página arriba mencionada para recibir el informe final.

Si más por el momento, rec@sam@sa.salud.gob.mx

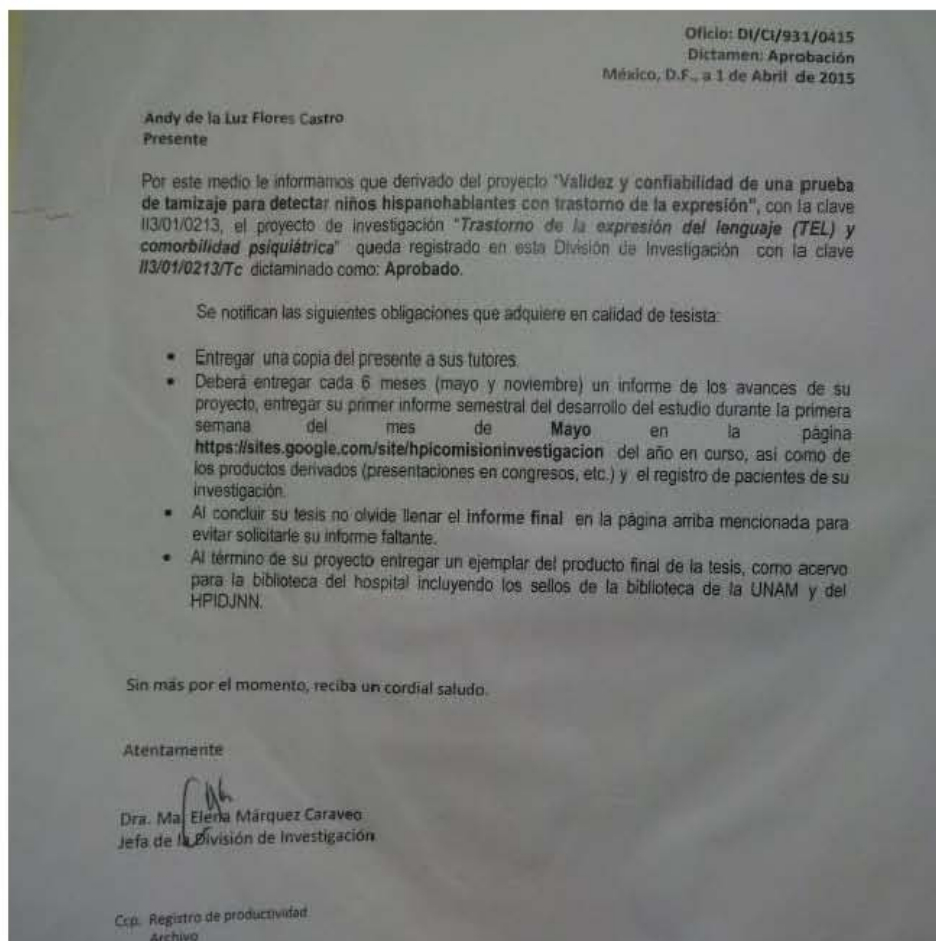
Atentamente,

Dr. Emilio Nicolás
Presidente del Comité de Investigación

Cap 6 V - 2013
Maria Elena Márquez Corona
30 de abril de 2013

Dr. José Guadalupe Rodríguez
2013

Anexo 2. Carta de aprobación por el Comité de Investigación para el proyecto derivado.



Anexo 3. Formato de consentimiento informado.

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Consentimiento Informado

Título del estudio de investigación

“Validez y confiabilidad de una prueba de tamizaje para detectar niños hispanohablantes con Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL)”.

Mi hijo(a) fue valorado(a) en esta institución por el médico especialista del servicio de admisión y urgencias y le dieron como diagnóstico algún tipo de problema de salud mental, que requiere atención en esta institución. Es por esto que ha sido invitado(a) a participar voluntariamente en un estudio de investigación, que tiene como objetivo saber si un nuevo instrumento puede detectar problemas en la expresión del lenguaje (prueba de tamiz morfosintáctica).

A mi hijo(a) se le aplicarán instrumentos que miden la intensidad del problema de la expresión del lenguaje y que evalúan problemas emocionales o de conducta. Estas aplicaciones se realizarán por un profesional capacitado para la evaluación de los instrumentos “Evaluación morfológica (BESA)”, “Evaluación Clínica de los Fundamentos del Lenguaje (S-CELF)”, y la prueba de tamiz morfosintáctica, este último es el nuevo instrumento que se está evaluando, además le pedirán a mi hijo(a) la narración de un cuento que será audiograbada.

Se me ha explicado que yo llenaré un formato llamado “Cuestionario sobre el comportamiento de niños(as) (CBCL)”, y además se me harán entrevistas para conocer si he notado algún problema de lenguaje expresivo en mi hijo(a), a través de 20 preguntas y mis reportes como padre/madre o tutor. La aplicación de estos instrumentos y las entrevistas de la investigación no tienen costo para nosotros, y serán aplicadas en los tiempos que asistimos al hospital en forma habitual.

Beneficios del estudio

El beneficio es que mi hijo(a) recibirá una valoración adicional que ayuda a identificar si existe un problema en la expresión de su lenguaje. Los resultados de la valoración se agregarán al expediente clínico, y de ahí el médico tratante podrá consultarlos para enriquecer el plan terapéutico habitual en el hospital.

En el caso de encontrar un trastorno en la expresión del lenguaje se nos notificará a nosotros y al médico tratante, se nos explicará el trastorno y nos darán las primeras pautas para iniciar un tratamiento, canalizándonos a un servicio de salud apropiado.

Respuesta y aclaraciones a cualquier pregunta o duda sobre el estudio

Si mi hijo(a) y yo tenemos cualquier pregunta acerca de este estudio nos pondremos en contacto con la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable y se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, o podemos localizarla en el teléfono 54 85 43 70, en el turno matutino (8:00 am a 3:00 pm).

Derecho a retirarse del estudio

Mi hijo(a) y yo somos libres de retirarnos del estudio en cualquier momento, sin que esto afecte la atención médica de mi hijo(a) en el hospital. Si deseo retirar a mi hijo(a) del estudio debo notificarlo a la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo.

Confidencialidad

Se comprometen a que la información obtenida de mi hijo(a) se mantendrá confidencial. Los resultados de las evaluaciones de mi hijo(a) pueden publicarse para fines científicos, siempre y cuando no se divulgue su identidad, además la información puede ser mantenida y procesada en una computadora.

Firmas del Consentimiento Informado

He leído la información anterior, a mí y a mi hijo(a) se nos ha ofrecido amplia oportunidad de formular preguntas y las respuestas recibidas son satisfactorias. Aceptamos participar en este estudio, y entendemos que esta participación es voluntaria y que podemos retirarnos en el momento que deseemos, sin que tengamos algún perjuicio por eso.

Firmo este documento para establecer mi participación voluntaria en la investigación.	Fecha
Nombre del niño/a	
Nombre completo y firma de la madre o tutor	Fecha
Nombre completo y firma del padre o tutor	Fecha

Anexo 4. Formato de Asentimiento Informado

Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”

Asentimiento Informado

Título del estudio de investigación. **Validez y confiabilidad de una prueba de tamizaje para detectar niños hispanohablantes con Trastorno de la Expresión del Lenguaje (TEL).**

Te invitamos a participar en una investigación porque eres paciente del hospital y vienes a que te atiendan por un problema de salud mental.

La investigación es para saber si una prueba que te vamos a aplicar sirve para describir tu lenguaje. Si decides participar vamos a trabajar contigo, te haremos varias pruebas para saber cómo es tu lenguaje, cómo es tu conducta y cómo son tus emociones, te pediremos nos cuentes un cuento y vamos a grabar tu voz. Además vamos a entrevistarte a ti y a tus papás.

Beneficios. El beneficio es lo bueno que tú vas a tener por participar. En esta investigación el beneficio es que podremos saber si tienes un problema en el lenguaje, si es así entonces propondremos cómo se debe de atender ese problema.

Otro beneficio es que las pruebas aplicadas son aparte de las que te harán en el hospital, y con eso vamos a tener más información sobre ti y tu lenguaje. El doctor que te atiende podrá leer esa información en tu expediente clínico y podrá usarla para planear como va a ser tu tratamiento.

Respuesta a cualquier pregunta o duda. Puedes hacer todas las preguntas que quieras, en el momento que quieras. Puedes buscar y preguntar a la Dra. Ma. Elena Márquez Caraveo, quien es la investigadora responsable. Ella se encuentra en la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil “Dr. Juan N. Navarro”, o puedes localizarla por las mañanas de lunes a viernes, en el teléfono 54 85 43 70.

También puedes preguntarle lo que quieras a las personas que trabajarán contigo en la investigación.

Derecho a retirarse del estudio. Tú puedes dejar de participar en la investigación en cualquier momento,

♦Si dejas de participar voy a continuar siendo paciente del hospital sin ningún problema.

sólo tienes que avisarnos. Aunque dejes de participar en la investigación seguirás siendo paciente del

Nombre del niño / a

Fecha

Nombre completo y firma de la madre o tutor

Fecha

Nombre completo y firma del padre o tutor

Fecha

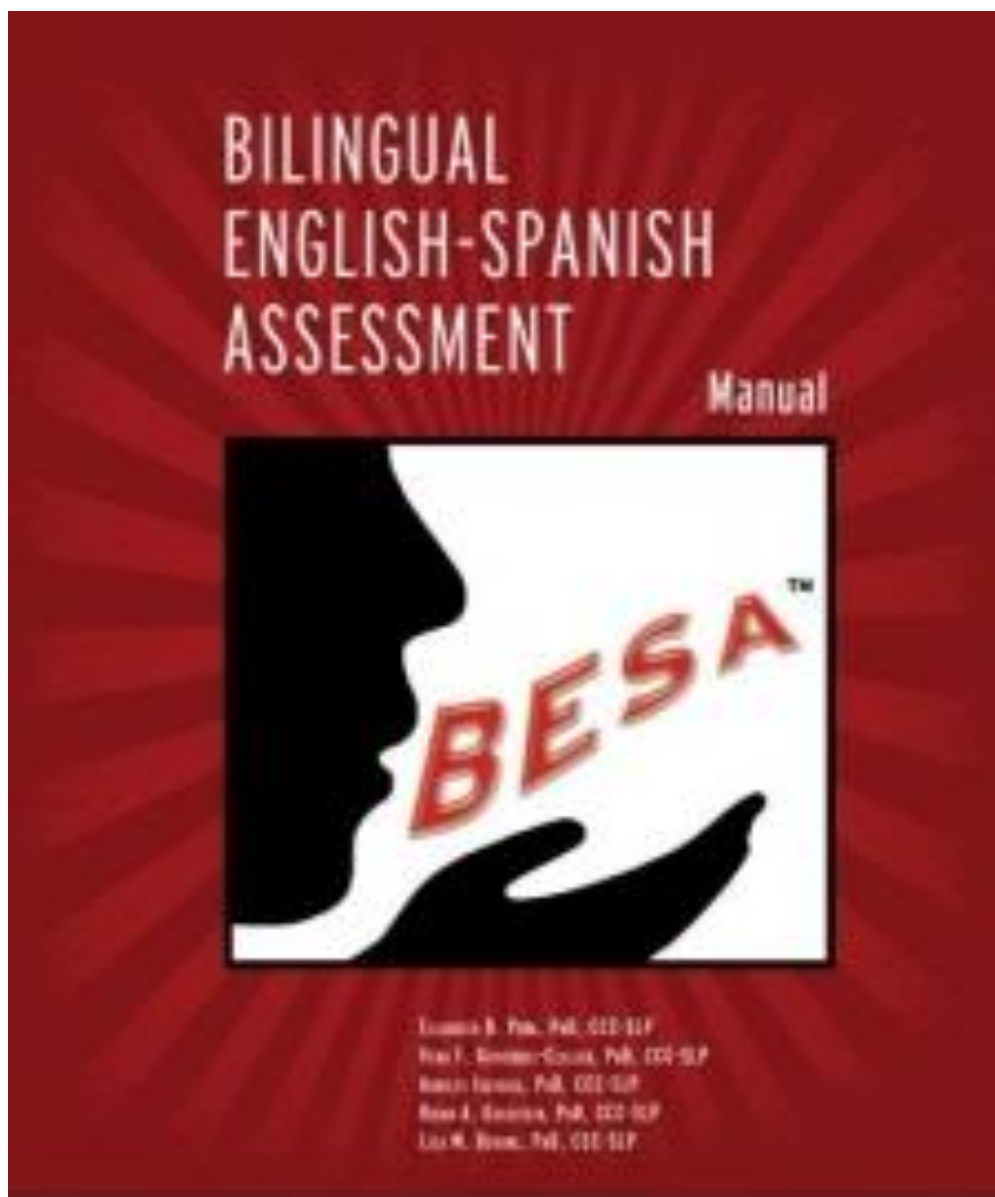
hospital y te seguirán atendiendo sin problemas. **Confidencialidad.** Toda la información que tú, tus papás o tutor nos den la mantendremos confidencial, o sea que no la andaremos contando y sólo la usaremos para el estudio.

Firmas del Asentimiento Informado

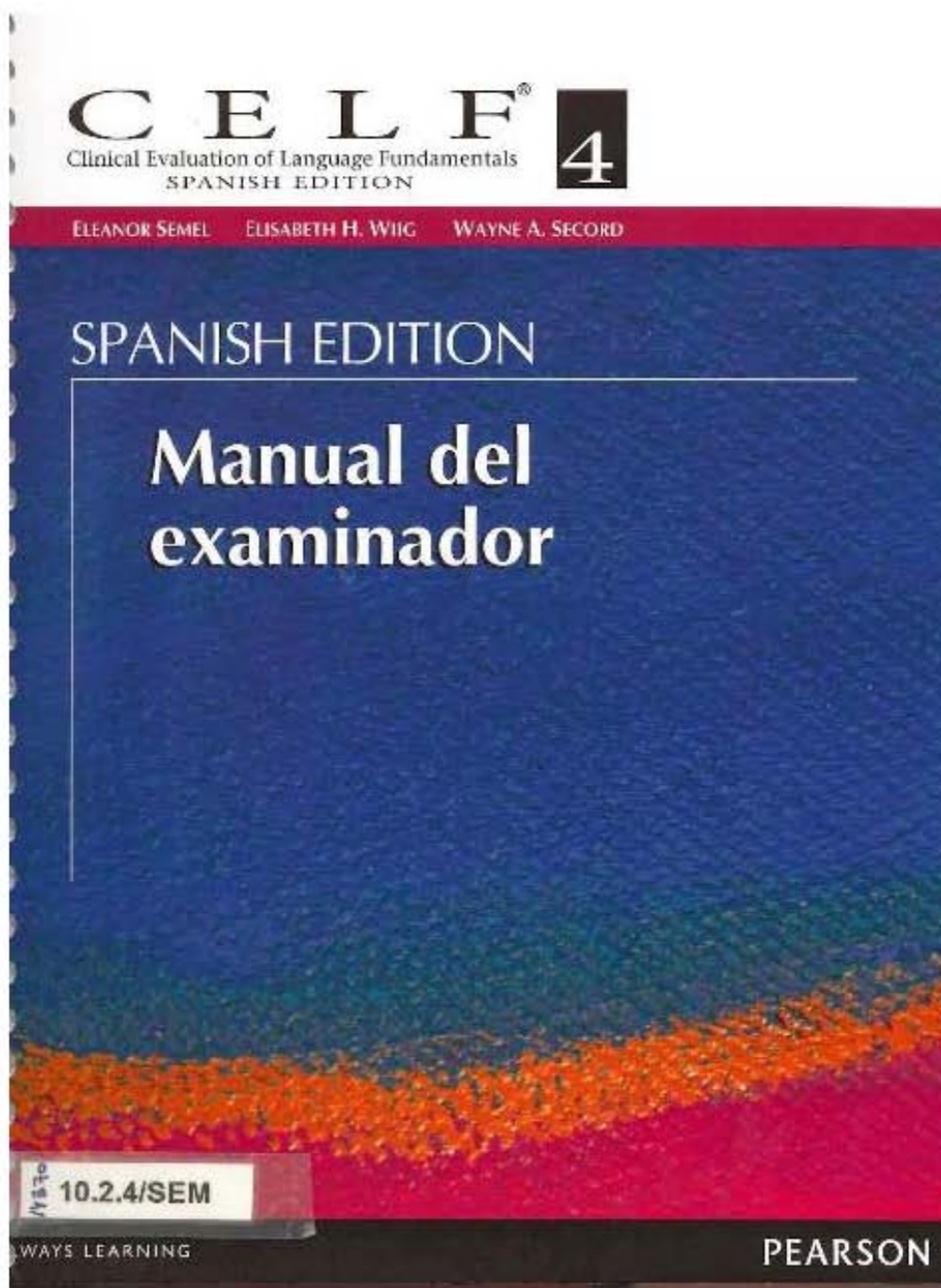
Yo y mis papás firmamos este documento porque:

- ♦He leído la información anterior.
- ♦He podido hacer todas las preguntas que se me ocurrieron, y me han respondido a todas ellas. Además puedo seguir preguntando lo que quiera.
- ♦Acepto participar en esta investigación.
- ♦Mi participación es voluntaria, o sea que nadie me obliga a aceptar.
- ♦Puedo dejar de participar en el momento que quiera.

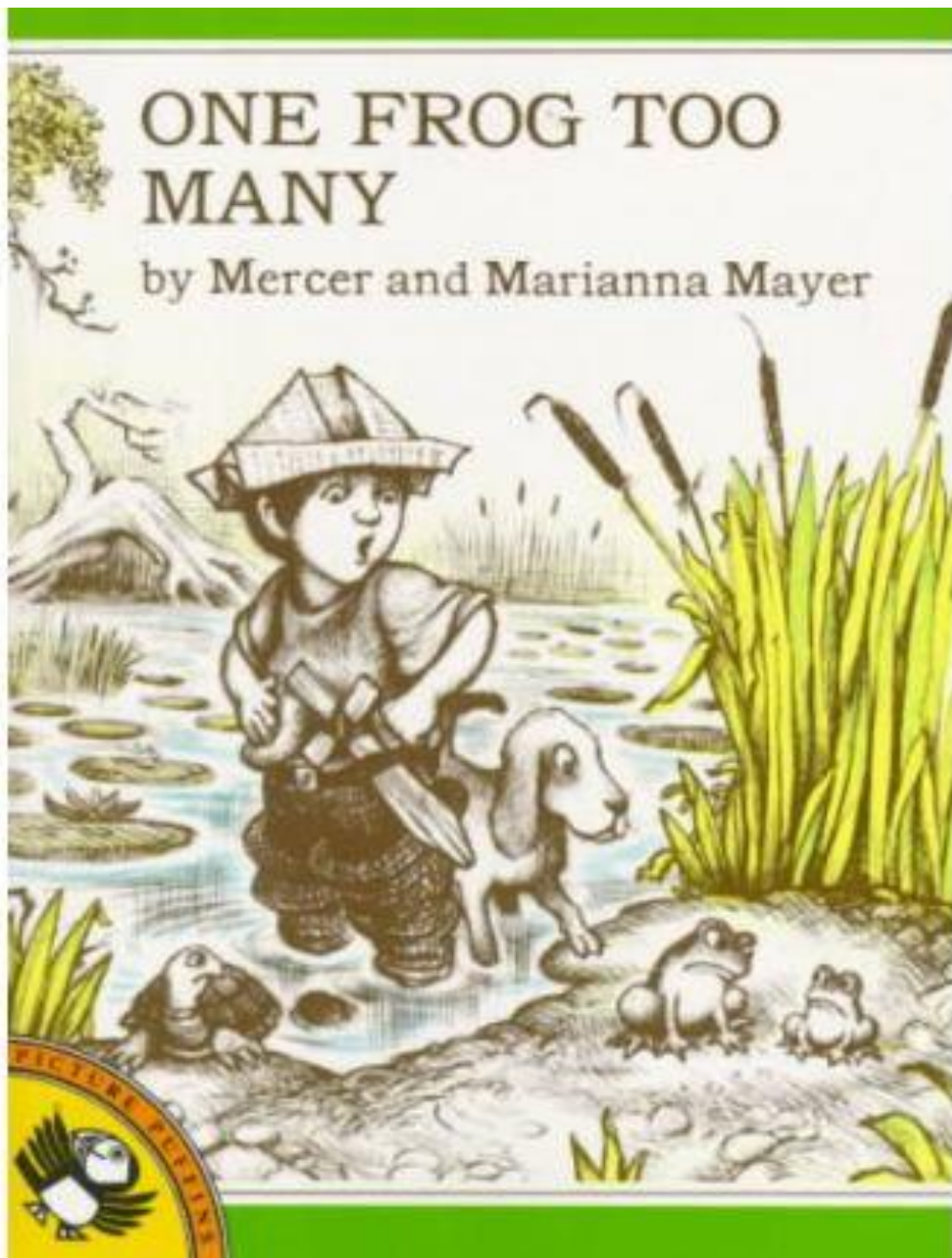
Anexo 5. BESA.



Anexo 6. S-CELF 4.



Anexo 7. Cuento Con una rana basta (“One frog too many”)



Anexo 8. CBCL.

