AHRIE Applied Health Research, Innovation & Education

REVISIÓN NARRATIVA
NARRATIVE REVIEW

Volumen 1 · 2026 · Artículo e0005 · Publicación continua

e-ISSN: 2838-5586

Detección temprana y acceso a fonoaudiología en trastorno del desarrollo del lenguaje infantil: revisión narrativa estructurada con implicaciones para la salud pública

Early Detection and Access to Speech-Language Pathology for Childhood Developmental Language Disorder: A Structured Narrative Review with Public Health Implications

Ingrid Paulette Rodríguez Chávez[1*]

[1] Universidad Estatal de Guayaquil, Guayas, Ecuador. ORCID: 0000-0002-4290-1435

** Autora de correspondencia: Ingrid Paulette Rodríguez Chávez — pauletterodriguez_15@hotmail.com*

Resumen

Antecedentes: El trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) es una condición frecuente del neurodesarrollo, a menudo subidentificada, con repercusiones sobre aprendizaje, alfabetización, participación social y bienestar. Desde la salud pública, la respuesta depende de la detección oportuna, la derivación y el acceso efectivo a servicios fonoaudiológicos.

Objetivo: Sintetizar la evidencia sobre detección temprana, derivación, acceso a fonoaudiología e intervenciones para niños con TDL o riesgo de dificultades persistentes del lenguaje, identificando inequidades, estrategias de ampliación de cobertura y vacíos relevantes.

Métodos: Se realizó una revisión narrativa estructurada con enfoque de mapeo temático. Se efectuó una búsqueda exploratoria en PubMed, SciELO y otras fuentes indexadas, actualizada al 29 de agosto de 2026. Se consideraron estudios poblacionales, investigaciones sobre detección y acceso, evaluación multicultural, telepráctica, intervenciones mediadas por cuidadores y documentos metodológicos. Los hallazgos se organizaron mediante el marco Población-Concepto-Contexto y síntesis narrativa.

Resultados: Se analizaron 18 fuentes. La evidencia se agrupó en cinco núcleos: carga poblacional y repercusión funcional; límites del tamizaje universal y valor de la vigilancia dirigida; subidentificación e inequidades de acceso; necesidad de evaluación lingüística y culturalmente pertinente; y potencial de modelos familiares y telepráctica. Se describieron barreras relacionadas con cobertura financiera, sexo, nivel socioeconómico, multilingüismo, disponibilidad profesional y fragmentación entre salud y educación.

Conclusiones: El TDL requiere una perspectiva de salud pública basada en vigilancia del desarrollo, identificación por riesgo y preocupación clínica, rutas de derivación, intervención familiar, telepráctica y coordinación intersectorial. Se necesitan estudios latinoamericanos que evalúen acceso, continuidad, resultados funcionales y equidad.

Palabras clave: trastorno del desarrollo del lenguaje; fonoaudiología; salud pública; detección precoz; acceso a servicios de salud.

Abstract

Background: Developmental language disorder (DLD) is a common and frequently underidentified neurodevelopmental condition with consequences for learning, literacy, social participation, and well-being. From a public health perspective, effective response depends on timely identification, referral, and access to speech-language pathology services.

Objective: To synthesize evidence on early identification, referral, access to speech-language pathology, and interventions for children with DLD or at risk of persistent language difficulties, identifying inequities, strategies to expand coverage, and relevant gaps.

Methods: A structured narrative review with a thematic mapping approach was conducted. An exploratory search of PubMed, SciELO, and other indexed sources was updated through August 29, 2026. Population-based studies, research on identification and service access, multicultural assessment, telepractice, caregiver-mediated interventions, and methodological documents were considered. Findings were organized using a Population-Concept-Context framework and narrative synthesis.

Results: Eighteen sources were analyzed. Evidence was grouped into five areas: population burden and functional impact; limitations of universal screening and the value of targeted surveillance; underidentification and access inequities; the need for linguistically and culturally appropriate assessment; and the potential of family-based models and telepractice. Barriers related to financial coverage, sex, socioeconomic status, multilingualism, workforce availability, and fragmentation between health and education were identified.

Conclusions: DLD warrants a public health approach based on developmental surveillance, risk- and concern-based identification, referral pathways, family-centered intervention, telepractice, and intersectoral coordination. Latin American studies are needed to evaluate access, continuity of care, functional outcomes, and equity.

Keywords: developmental language disorder; speech-language pathology; public health; early detection; health services accessibility.

1. Introducción

El lenguaje es una capacidad central para el aprendizaje, la participación social y el acceso efectivo a la educación y a los servicios de salud. Cuando las dificultades de lenguaje son persistentes y generan limitación funcional, su impacto trasciende el consultorio y se proyecta sobre trayectorias escolares, oportunidades de participación y bienestar. En un estudio poblacional británico, la prevalencia estimada de trastorno del lenguaje de origen no conocido fue 7,58% a la entrada escolar, una magnitud que equivale aproximadamente a dos niños por aula de 30 estudiantes [1].

El consenso CATALISE propuso el término trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) para las dificultades lingüísticas persistentes con impacto funcional y sin una condición biomédica diferenciadora que explique el cuadro. El consenso también estableció que factores de riesgo ambientales o neurobiológicos y condiciones coexistentes no excluyen el diagnóstico [2]. Esta definición resulta relevante para salud pública porque desplaza la atención desde categorías estrechas hacia necesidades funcionales que pueden coexistir con vulnerabilidad social, dificultades de aprendizaje y otros trastornos del neurodesarrollo.

La detección temprana se considera deseable, pero el diseño de políticas de tamizaje debe distinguir entre vigilancia del desarrollo, evaluación ante signos de alarma y cribado universal de niños asintomáticos. En 2024, la U.S. Preventive Services Task Force concluyó que la evidencia era insuficiente para establecer el balance entre beneficios y daños del tamizaje universal de retrasos o trastornos del habla y lenguaje en menores de cinco años sin signos, síntomas ni preocupación de cuidadores o profesionales [3]. La revisión sistemática que sustentó esa recomendación incluyó 38 estudios y encontró evidencia adecuada sobre exactitud de algunas herramientas, pero evidencia limitada e inconsistente para demostrar que el cribado universal mejore resultados funcionales o de calidad de vida [4].

Esta incertidumbre no implica ausencia de necesidad clínica. Por el contrario, refuerza la importancia de rutas sensibles a signos de alarma, preocupación familiar, antecedentes de riesgo y vigilancia longitudinal. En contextos latinoamericanos, el problema se agrava por la escasez de datos poblacionales comparables, la heterogeneidad terminológica y la desigual disponibilidad de fonoaudiólogos. En nueve parroquias rurales de Quito, un estudio de 1.311 escolares de cinco años reportó una elevada frecuencia de retraso simple del lenguaje bajo la clasificación utilizada en ese momento y recomendó fortalecer prevención, evaluación, diagnóstico y rehabilitación fonoaudiológica [5]. Aunque estos datos no son directamente equivalentes al concepto contemporáneo de TDL, evidencian la necesidad de vigilancia epidemiológica local.

Un estudio pediátrico realizado en Quito en 2024 encontró que los trastornos del lenguaje se presentaban con frecuencia junto a trastorno del espectro autista, TDAH, discapacidad intelectual y otras condiciones del neurodesarrollo, destacando el valor del lenguaje como señal de alarma para una evaluación integral [6]. Desde Colombia, también se ha descrito la asociación entre desempeño oral, lectura y variables educativas y familiares en niños con TDL, subrayando que el funcionamiento lingüístico interactúa con determinantes sociales y educativos [7].

Por estas razones, el TDL puede abordarse como un problema de salud pública que requiere acciones más amplias que la terapia individual: conocimiento de la carga, detección pertinente, formación de profesionales de primer contacto, coordinación salud-educación, acceso territorial y financiero, continuidad del cuidado y modalidades innovadoras que amplíen cobertura. Dada la heterogeneidad de la literatura —que combina estudios epidemiológicos, validación diagnóstica, investigaciones de acceso, encuestas profesionales, estudios cualitativos y revisiones de intervenciones—, se optó por una revisión narrativa estructurada con enfoque de mapeo temático.

El objetivo de esta revisión fue sintetizar y organizar la evidencia disponible sobre detección temprana y acceso a fonoaudiología en niños con TDL o riesgo de alteraciones persistentes del lenguaje. Específicamente se buscó: a) describir la carga y los argumentos para un enfoque de salud pública; b) identificar estrategias y límites de la detección temprana; c) caracterizar desigualdades y barreras de acceso; d) sintetizar modelos de intervención potencialmente escalables; y e) reconocer vacíos prioritarios para América Latina y Ecuador.

2. Métodos

2.1. Diseño y enfoque

Se realizó una revisión narrativa estructurada orientada a organizar un campo heterogéneo de evidencia clínica, epidemiológica, educativa y de servicios de salud. El marco Población-Concepto-Contexto y elementos de la orientación metodológica de JBI y PRISMA-ScR [8,9] se utilizaron como apoyo para ordenar la pregunta, explicitar criterios y mejorar la transparencia del reporte; no se pretende presentar el estudio como una revisión de alcance exhaustiva ni afirmar cumplimiento formal de PRISMA-ScR.

2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Se utilizó el marco PCC. Población: niños desde el nacimiento hasta los 12 años con TDL, retraso o trastorno de lenguaje, o riesgo de presentar dificultades persistentes; se admitieron estudios de profesionales y cuidadores cuando describían rutas de atención para esta población. Concepto: detección temprana, tamizaje, vigilancia del desarrollo, diagnóstico, derivación, acceso a fonoaudiología/terapia de lenguaje, inequidades, continuidad, telepráctica e intervenciones mediadas por cuidadores. Contexto: atención primaria, servicios especializados, escuelas, comunidad y modelos híbridos de atención. Se consideraron estudios observacionales, cualitativos, de validación diagnóstica, revisiones sistemáticas o de alcance, metaanálisis y documentos de recomendación clínica. Se excluyeron estudios centrados exclusivamente en trastornos adquiridos del lenguaje, intervenciones sin relación con acceso o detección y publicaciones sin población infantil pertinente.

2.3. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda exploratoria estructurada actualizada al 29 de agosto de 2026, con énfasis en PubMed, SciELO y otras fuentes científicas indexadas accesibles en línea. Se utilizaron combinaciones en inglés y español de los términos: “developmental language disorder”, “language disorder”, “speech and language delay”, “early detection”, “screening”, “referral”, “access to services”, “speech-language pathology”, “speech therapy”, “telepractice”, “caregiver-mediated intervention”, “multilingual”, “health disparities”, “trastorno del desarrollo del lenguaje”, “fonoaudiología”, “terapia de lenguaje”, “detección temprana” y “acceso”. Se priorizaron publicaciones de 2016-2026, conservando fuentes metodológicas y documentos clave fuera de ese rango cuando eran necesarios para definición o contexto.

La estrategia orientativa empleada en PubMed combinó los conceptos de trastorno del lenguaje, población infantil y detección/acceso: ((“developmental language disorder” OR “language disorders” OR “speech and language delay”) AND (child* OR preschool*) AND (screen* OR “early detection” OR referral OR access OR “speech-language pathology” OR telepractice OR caregiver*)). La búsqueda se complementó mediante revisión de referencias de trabajos relevantes. Dado el carácter narrativo estructurado del estudio, no se calcularon conteos PRISMA ni se asumió exhaustividad bibliográfica.

2.4. Selección de fuentes

La selección se realizó en dos etapas: lectura de títulos/resúmenes y revisión del contenido disponible para confirmar relación con el marco PCC. Se priorizaron estudios que aportaran datos poblacionales, desempeño de herramientas de identificación, determinantes del acceso, experiencias de familias, capacidad del sistema o estrategias para aumentar cobertura. La selección fue realizada por una única persona, por lo que existe posibilidad de omisión o sesgo de selección; esta limitación se consideró al interpretar la amplitud de la evidencia.

2.5. Extracción y organización de datos

De cada fuente se extrajeron país o ámbito, población, diseño, dimensión principal (carga, identificación, acceso, equidad o intervención), resultados relevantes y posible implicación para salud pública. La información se organizó en una matriz narrativa y comparativa y se revisó buscando convergencias, contradicciones y vacíos geográficos o metodológicos.

2.6. Síntesis de la evidencia

Los hallazgos se agruparon en cinco dominios: 1) magnitud y consecuencias del TDL; 2) detección temprana y tamizaje; 3) derivación, acceso y continuidad; 4) equidad lingüística, cultural y socioeconómica; y 5) modelos de ampliación de cobertura, incluyendo telepráctica e intervención mediada por cuidadores. Se realizó una síntesis narrativa temática; no se efectuó metaanálisis por la heterogeneidad de preguntas, diseños y desenlaces.

3. Resultados

3.1. Conjunto de fuentes analizadas

La síntesis incorporó 18 fuentes sustantivas y metodológicas publicadas entre 2016 y 2026. El conjunto incluyó estudios poblacionales, investigaciones de acceso a servicios, validación de estrategias de detección, encuestas profesionales, estudios cualitativos latinoamericanos, revisiones sobre telepráctica e intervenciones familiares, además de documentos metodológicos y de recomendación clínica. Esta diversidad permitió integrar perspectivas epidemiológicas, diagnósticas, asistenciales y de implementación sin asumir exhaustividad sistemática.

3.2. Características de las fuentes

La literatura abarcó sistemas sanitarios y educativos diversos. Las fuentes latinoamericanas aportaron información de Ecuador, Colombia, México y Chile; otras investigaciones procedieron de Estados Unidos, Reino Unido, Suecia, Europa y Asia. La Tabla 1 resume las fuentes principales utilizadas para sostener los dominios temáticos de la síntesis.

Tabla 1. Fuentes principales utilizadas en la síntesis sobre detección, acceso e intervención fonoaudiológica infantil.

Fuente	Ámbito	Diseño	Dimensión	Hallazgo principal	Implicación para salud pública
Norbury et al., 2016 [1]	Reino Unido	Estudio poblacional	Prevalencia y repercusión funcional	Estimó 7,58% de trastorno del lenguaje de origen no conocido al ingreso escolar.	Justifica vigilancia poblacional y planificación de servicios.
Acosta Cevallos et al., 2016 [5]	Ecuador, Quito rural	Transversal, n=1.311	Frecuencia de alteraciones del lenguaje	Reportó alta frecuencia según la clasificación empleada y recomendó fortalecer prevención y rehabilitación.	Muestra necesidad de epidemiología local actualizada.
Astudillo Mariño y Alvarez, 2024 [6]	Ecuador, Quito	Observacional, n=170	Comorbilidad neurodesarrollo	Trastornos del lenguaje coexistieron con TEA, TDAH, discapacidad intelectual y otras condiciones.	El lenguaje puede actuar como señal de alarma para evaluación integral.
Lara-Díaz et al., 2021 [7]	Colombia	Caso-control exploratorio	Lenguaje, lectura y determinantes	El desempeño se relacionó con variables familiares y educativas.	Integra determinantes sociales y trayectoria escolar.
Sansavini et al., 2021 [10]	Internacional	Revisión de alcance	Predictores y diagnóstico temprano	Gestos, vocabulario, sintaxis y combinación de palabras emergieron como predictores; historia familiar fue relevante.	Apoya vigilancia y evaluación dirigida por riesgo.
Auza et al., 2023 [11]	México / población hispanohablante	Validación	Tamizaje accesible	Combinar cuestionario parental y prueba breve mejoró utilidad para identificar riesgo de TDL.	Opción de bajo costo para rutas de detección en español.
Davidson et al., 2022 [12]	Estados Unidos	Cohorte retrospectiva nacional	Acceso a servicios	Aproximadamente 75% había recibido servicios; persistieron disparidades por seguro, raza/etnia y comorbilidad.	El acceso es un desenlace de equidad, no solo disponibilidad clínica.
Scharff Rethfeldt et al., 2024 [13]	Internacional	Encuesta profesional	Multilingüismo y acceso	Identificó variación de prácticas y barreras por conocimiento, recursos y contexto lingüístico.	Requiere evaluación cultural y lingüísticamente pertinente.
Dahlberg et al., 2025 [15]	Suecia	Registro poblacional, n=53.595	Tamizaje y derivación	Los niños varones fueron derivados casi dos veces más que las niñas.	La ruta de derivación puede introducir diferencias sistemáticas.
Muñoz-Lizana et al., 2026 [16]	Chile	Cualitativo, cuidadores	Rutas de atención	Describió fragmentación salud-educación, barreras económicas y cuidadores como coordinadores informales.	Prioriza coordinación intersectorial y continuidad.
Vanderauwera et al., 2026 [17]	Internacional	Metaanálisis	Telepráctica	Telepráctica mostró resultados comparables o superiores a presencial en subdominios pediátricos estudiados.	Puede ampliar cobertura cuando existen barreras geográficas o de oferta.
Johnstone-Cooke, 2026 [18]	Internacional	Revisión sistemática y metaanálisis	Intervención mediada por cuidadores	Encontró efectos favorables sobre lenguaje en menores de cinco años con riesgo de TDL.	Modelo potencialmente escalable y centrado en familia.

3.3. Mapeo y síntesis de resultados

3.3.1. Magnitud, funcionalidad y curso de vida

La prevalencia poblacional descrita por Norbury et al. [1], junto con el consenso terminológico CATALISE [2], ubica al TDL como una condición suficientemente frecuente para exigir planificación más allá de la consulta individual. Su relevancia pública aumenta porque el diagnóstico se basa en impacto funcional y pronóstico, no solo en puntuaciones aisladas. Las consecuencias descritas en la literatura abarcan aprendizaje, lectura, desempeño escolar, participación y salud mental. Por ello, la ausencia de identificación puede traducirse en necesidades educativas y sanitarias tardías o atribuidas erróneamente a conducta, motivación o capacidad general.

3.3.2. Detección temprana: entre vigilancia y tamizaje universal

La evidencia distingue la posibilidad técnica de detectar dificultades de la demostración de beneficio poblacional del tamizaje universal. La USPSTF encontró que diversas herramientas tienen capacidad para identificar retraso o trastorno, pero no halló evidencia suficiente para establecer que cribar a todos los menores de cinco años asintomáticos mejore resultados de largo plazo [3,4]. Esto es particularmente relevante para programas de salud pública: una estrategia de detección debe contemplar qué ocurre después del resultado positivo, la disponibilidad diagnóstica y terapéutica y la posibilidad de sobrerreferencia o inequidad en el seguimiento.

La revisión de Sansavini et al. identificó señales tempranas vinculadas con gestos, vocabulario receptivo y expresivo, comprensión sintáctica y combinación de palabras, además de historia familiar como factor de riesgo importante [10]. Para población hispanohablante, Auza et al. mostraron que combinar un cuestionario parental con una prueba breve de lenguaje puede mejorar la identificación de niños que requieren confirmación diagnóstica [11]. Estos hallazgos favorecen modelos escalonados: vigilancia del desarrollo y preocupación familiar/profesional en el primer nivel, herramientas breves de riesgo y acceso oportuno a evaluación fonoaudiológica cuando corresponde.

3.3.3. Derivación, acceso y continuidad

El acceso efectivo depende de más que la presencia de un profesional. Davidson et al. observaron que alrededor de tres cuartas partes de los niños estadounidenses con trastornos del habla o lenguaje habían recibido servicios alguna vez, pero la probabilidad variaba con cobertura de seguro, raza/etnia y coexistencia de otras condiciones [12]. Esto muestra que los sistemas pueden producir inequidades incluso cuando existe una red formal de servicios.

En Chile, los relatos de cuidadores describieron itinerarios dinámicos, fragmentados y fuertemente dependientes de la capacidad familiar para coordinar salud, escuelas de lenguaje y educación primaria. Las barreras

económicas limitaron terapia complementaria y la transición entre servicios produjo discontinuidades [16]. Para salud pública, la unidad de análisis no debe ser únicamente la sesión terapéutica, sino la ruta completa: sospecha, orientación, derivación, diagnóstico, inicio, intensidad, continuidad y coordinación con educación.

3.3.4. Equidad lingüística, cultural, social y de género

El multilingüismo plantea un reto específico porque el uso de herramientas no adaptadas puede confundir diferencia lingüística con trastorno. La encuesta internacional de Scharff Rethfeldt et al. mostró variabilidad en procedimientos de evaluación y barreras relacionadas con conocimiento de familias y referentes, recursos y características del sistema [13]. En Asia Sudoriental, una encuesta posterior identificó acceso limitado a herramientas apropiadas, insuficiente formación y costos para las familias al trabajar con niños multilingües [14]. Estos resultados son relevantes para América Latina por su diversidad lingüística, presencia de lenguas indígenas y movilidad humana.

También existen diferencias de derivación por sexo. En datos de 53.595 niños de servicios de salud infantil de Suecia, los varones fueron derivados con mayor frecuencia y a edades más tempranas que las niñas; las probabilidades de derivación fueron aproximadamente 1,94 veces mayores [15]. Este patrón no demuestra por sí solo subdiagnóstico femenino, pero obliga a examinar sesgos en reconocimiento, expectativas y umbrales de referencia. De modo similar, la desventaja social puede afectar tanto desarrollo lingüístico como oportunidades de evaluación y tratamiento, lo que exige interpretar resultados con criterios culturalmente responsivos y evitar atribuciones simplistas.

3.3.5. Estrategias para ampliar cobertura: familia y telepráctica

La oferta insuficiente de profesionales, las distancias y los costos hacen necesario considerar modelos de prestación distintos a la terapia presencial individual. Un metaanálisis publicado en 2026 encontró que la telepráctica en fonoaudiología pediátrica produjo resultados comparables o mejores que la intervención presencial en los dominios estudiados, aunque la base de evidencia fue limitada a siete estudios incluidos [17]. La telepráctica no elimina la brecha digital ni reemplaza la evaluación presencial cuando es necesaria, pero puede reducir barreras geográficas y facilitar continuidad.

Las intervenciones mediadas por cuidadores constituyen otra vía de ampliación. Una revisión sistemática y metaanálisis de 2026 incluyó 26 estudios experimentales con 1.407 niños menores de cinco años en riesgo de TDL y encontró un efecto significativo de estas intervenciones sobre resultados de lenguaje en los ensayos combinados [18]. Desde salud pública, su valor potencial reside en transformar a la familia en socia terapéutica y extender oportunidades de aprendizaje al entorno cotidiano, siempre con formación, acompañamiento y metas individualizadas por profesionales.

3.3.6. Evidencia y necesidades en Ecuador y América Latina

La evidencia regional permanece fragmentada. Los estudios ecuatorianos identificados muestran dos necesidades complementarias: disponer de datos poblacionales contemporáneos con criterios diagnósticos actuales [5] y reconocer que la consulta por lenguaje puede revelar condiciones del neurodesarrollo que requieren atención interdisciplinaria [6]. En México, la validación de estrategias breves en español aporta una alternativa factible para detección escalonada [11], mientras que la experiencia chilena de 2026 demuestra que el acceso puede depender de la articulación entre sistemas sanitario y educativo y de los recursos familiares [16].

Para Ecuador, un enfoque de salud pública podría priorizar vigilancia del desarrollo comunicativo en atención primaria y educación inicial; protocolos de signos de alarma y referencia; mapas territoriales de disponibilidad de fonoaudiólogos; adaptación de herramientas para español ecuatoriano y lenguas indígenas; telepráctica con criterios de calidad; educación a familias y docentes; y seguimiento de indicadores de oportunidad, abandono, continuidad y resultados funcionales.

4. Discusión

El principal hallazgo de esta revisión narrativa estructurada es que la relación entre fonoaudiología y salud pública se hace visible cuando el TDL se analiza como una trayectoria de atención y no únicamente como un diagnóstico clínico. La evidencia converge en una secuencia de riesgo: una condición relativamente frecuente puede permanecer oculta; la detección depende de signos, instrumentos, conocimiento familiar y profesional; la derivación está condicionada por reglas del sistema; y el beneficio potencial de la intervención se reduce cuando existen demora, discontinuidad o barreras económicas y territoriales.

Esta perspectiva ayuda a interpretar la posición de la USPSTF. La insuficiencia de evidencia para el tamizaje universal no debe confundirse con una recomendación de inacción. En realidad, señala que un programa poblacional necesita demostrar no solo exactitud de una prueba, sino una cadena completa de beneficio: identificación válida, confirmación diagnóstica, acceso real a intervención, resultados funcionales y ausencia de daños relevantes [3,4]. En sistemas con capacidad terapéutica limitada, introducir cribado sin fortalecer rutas puede aumentar listas de espera o profundizar inequidades.

Por ello, la alternativa más defendible con la evidencia actual es un modelo escalonado y sensible al contexto. La vigilancia del desarrollo comunicativo en controles infantiles y educación inicial puede combinar preguntas a cuidadores, observación profesional y señales de riesgo. Ante preocupación o hallazgos, herramientas breves validadas en la lengua de la población pueden apoyar la decisión de derivar. La evaluación fonoaudiológica debe integrar historia, funcionamiento comunicativo y contexto lingüístico, evitando interpretar el multilingüismo como patología.

El acceso constituye una dimensión de calidad. Los datos de Estados Unidos y Chile muestran que tener un

servicio formal no garantiza uso oportuno ni continuidad [12,16]. La organización puede desplazar el costo de coordinación hacia las familias, lo que perjudica especialmente a hogares con menos tiempo, ingresos o capital institucional. Un enfoque de equidad exige medir tiempos de espera, distancia, cobertura financiera, intensidad recibida, abandono, transición entre salud y escuela y experiencia de cuidadores.

La innovación en prestación ofrece oportunidades. La telepráctica y las intervenciones mediadas por cuidadores tienen evidencia favorable y pueden aumentar flexibilidad [17,18]. Sin embargo, deben ser tratadas como componentes de un sistema híbrido y no como sustitutos automáticos de la atención presencial. Se requieren criterios de selección, conectividad, privacidad, competencia digital, supervisión y evaluación de resultados. En zonas rurales, su impacto dependerá también de infraestructura y disponibilidad de puntos comunitarios de conexión.

La evidencia latinoamericana identificada es insuficiente para caracterizar la magnitud regional del TDL con criterios comparables. Parte de la literatura emplea terminología histórica o muestras clínicas, lo que limita inferencias poblacionales. Se necesitan estudios multicéntricos, instrumentos adaptados al español y otras lenguas de la región, análisis de rutas de derivación y estudios de implementación en atención primaria. Ecuador ofrece un escenario pertinente para este trabajo por su diversidad geográfica, lingüística y de acceso entre áreas urbanas y rurales.

La revisión tiene limitaciones. La búsqueda fue estructurada pero exploratoria y no pretende ser exhaustiva; además, la selección fue realizada por una única persona, lo que puede haber introducido omisiones. Los estudios son heterogéneos y muchos provienen de sistemas de altos ingresos. Algunas fuentes ecuatorianas utilizan categorías diagnósticas que no corresponden exactamente al concepto contemporáneo de TDL. Por estas razones, los hallazgos deben interpretarse como una síntesis estructurada del campo y no como una estimación exhaustiva de toda la evidencia disponible.

5. Conclusiones

El trastorno del desarrollo del lenguaje constituye un campo de convergencia entre fonoaudiología, desarrollo infantil, educación y salud pública. La literatura muestra una carga poblacional relevante, repercusiones funcionales de largo plazo y desigualdades en reconocimiento y acceso. Al mismo tiempo, la evidencia disponible no permite asumir que el tamizaje universal por sí solo produzca mejores resultados; el valor de la detección depende de la existencia de rutas de confirmación y tratamiento oportunas.

La contribución de la fonoaudiología a salud pública puede fortalecerse mediante vigilancia del desarrollo, formación de profesionales y docentes para reconocer signos de alarma, evaluación cultural y lingüísticamente pertinente, protocolos de referencia, coordinación entre salud y educación y modelos escalables como telepráctica e intervención mediada por cuidadores. Para Ecuador y América Latina, la prioridad científica es generar epidemiología contemporánea y evaluar no solo eficacia terapéutica, sino acceso, continuidad, equidad y participación funcional a lo largo del desarrollo.

Declaraciones finales

Contribuciones de autoría (CRediT)

La autoría realizó la conceptualización, búsqueda y selección de literatura, curación de datos, análisis, redacción del borrador, revisión crítica y aprobación final del manuscrito.

Financiamiento

No se declara financiamiento externo para esta investigación.

Conflictos de interés

No se declaran conflictos de interés.

Aprobación ética y consentimiento

No aplica a esta revisión de literatura, al no implicar participación directa de seres humanos ni recolección de datos identificables.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados proceden de fuentes publicadas y citadas. La matriz de extracción y la estrategia de búsqueda empleada pueden ponerse a disposición de acuerdo con la política editorial de AHRIE.

Uso de inteligencia artificial

Se utilizó una herramienta de inteligencia artificial generativa como apoyo en la estructuración inicial, organización temática y edición lingüística del borrador. La selección de fuentes, verificación de referencias, interpretación científica, revisión crítica y aprobación final del manuscrito corresponden íntegramente a la autoría.

Referencias bibliográficas

1. Norbury CF, Gooch D, Wray C, Baird G, Charman T, Simonoff E, et al. The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. J Child Psychol Psychiatry. 2016;57(11):1247-1257. doi:10.1111/jcpp.12573.

2. Bishop DVM, Snowling MJ, Thompson PA, Greenhalgh T; CATALISE-2 consortium. Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: terminology. J Child Psychol Psychiatry. 2017;58(10):1068-1080. doi:10.1111/jcpp.12721.

3. US Preventive Services Task Force. Screening for speech and language delay and disorders in children: US Preventive Services Task Force recommendation statement. JAMA. 2024;331(4):329-334. doi:10.1001/jama.2023.26952.

4. Feltner C, Wallace IF, Nowell SW, Orr CJ, Raffa B, Middleton JC, et al. Screening for speech and language delay and disorders in children 5 years or younger: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. JAMA. 2024;331(4):335-351. doi:10.1001/jama.2023.24647.

5. Acosta Cevallos RE, Andino MS, Barros Astudillo T, Guerrero Olalla MP, Tapia Tapia SI. Prevalencia del retraso simple del lenguaje en niños escolares de nueve parroquias rurales del Distrito Metropolitano de Quito. Rev Fac Cien Med (Quito). 2016;41(2):32-38.

6. Astudillo Mariño N, Alvarez Gavilanez J. Los trastornos del lenguaje y su relación con otros trastornos del neurodesarrollo. Rev Ecuat Pediatr. 2024;25(3):16-23. doi:10.52011/RevSepEc/e280.

7. Lara-Díaz MF, Mateus-Moreno A, Beltrán-Rojas JC. Reading and oral language skills in children with developmental language disorder: influence of socioeconomic, educational, and family variables. Front Psychol. 2021;12:718988. doi:10.3389/fpsyg.2021.718988.

8. Peters MDJ, Marnie C, Tricco AC, Pollock D, Munn Z, Alexander L, et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. JBI Evid Synth. 2020;18(10):2119-2126. doi:10.11124/JBIES-20-00167.

9. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Ann Intern Med. 2018;169(7):467-473. doi:10.7326/M18-0850.

10. Sansavini A, Favilla ME, Guasti MT, Marini A, Millepiedi S, Di Martino MV, et al. Developmental language disorder: early predictors, age for the diagnosis, and diagnostic tools. A scoping review. Brain Sci. 2021;11(5):654. doi:10.3390/brainsci11050654.

11. Auza B A, Murata C, Peñaloza C. Early detection of Spanish-speaking children with developmental language disorders: concurrent validity of a short questionnaire and a screening test. J Commun Disord. 2023;104:106339. doi:10.1016/j.jcomdis.2023.106339.

12. Davidson MM, Alonzo CN, Stransky ML. Access to speech and language services and service providers for children with speech and language disorders. Am J Speech Lang Pathol. 2022;31(4):1702-1718. doi:10.1044/2022_AJSLP-21-00287.

13. Scharff Rethfeldt W, McNeilly L, Laasonen M, Meir N, Abutbul-Oz H, Smolander S, et al. Assessment of developmental language disorder in multilingual children: results from an international survey. Folia Phoniatr Logop. 2024;76(2):127-150. doi:10.1159/000533139.

14. Smith G, Verdon SE, Chu SY, Razak RA, Chow D, Rusli YA, et al. Multilingualism and developmental language disorder in Southeast Asian speech-language pathology practice: an international survey. Int J Speech Lang Pathol. 2026;28(1):54-67. doi:10.1080/17549507.2024.2443052.

15. Dahlberg A, Larsson A, Fäldt A. Swedish boys were almost twice as likely to be referred for suspected language difficulties than girls and at an earlier age. Acta Paediatr. 2025;114(8):2044-2048. doi:10.1111/apa.70080.

16. Muñoz-Lizana N, Iturra-Osorio D, Helo A, Valdés C, Coloma CJ. Navigating support pathways for children with developmental language disorder in Chile: caregivers' perspectives across health and education services. Folia Phoniatr Logop. 2026 Jun 30:1-17. doi:10.1159/000553368.

17. Vanderauwera J, Vanden Bempt F, D'haenens W, Leysen H, Leclercq AL, Van Eerdenbrugh S. The effectiveness of telepractice for speech-language pathology intervention with children younger than 12 years: a meta-analysis. J Telemed Telecare. 2026 Mar 18:1357633X261426068. doi:10.1177/1357633X261426068.

18. Johnstone-Cooke V, Rutherford M, Sheripkanova A, Hutcheson R, Hodson A. Effectiveness of caregiver-mediated spoken language interventions for children under five at risk of developmental language disorder: a systematic review and meta-analysis. Int J Lang Commun Disord. 2026;61(5):e70304. doi:10.1111/1460-6984.70304.