

## Descripción del cambio del TEL al TDL en contexto angloparlante

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

Recibido 27 de julio de 2020. Primera revisión 20 de octubre de 2020. Aceptado 18 de enero de 2021.

**Resumen.** El Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta aproximadamente a un 7% de la población y que compromete a la expresión y/o comprensión del lenguaje oral. Sin embargo, es un trastorno muy desconocido para la población general. Uno de los factores que lo explican es la gran dispersión terminológica que diferentes profesionales y manuales de diagnóstico han utilizado para designarlo. Ante el gran desconocimiento del trastorno y la confusión generada a nivel profesional respecto a la nomenclatura y los criterios diagnósticos Bishop et al. (2016, 2017) llevaron a cabo dos estudios a través del método Delphi en el que participaron diferentes investigadores, profesionales especializados en el TEL así como personas de asociaciones de familiares del ámbito angloparlante (consorcio CATALISE). Las principales conclusiones fueron la apuesta por el cambio terminológico hacia el Trastorno del Desarrollo del Lenguaje (TDL) así como unos criterios de diagnósticos que enfatizan en las dificultades funcionales que genera el trastorno y en su pronóstico. En el presente artículo se hace una revisión exhaustiva de todas las implicaciones que los resultados de estos estudios tienen en la conceptualización, la evaluación y la intervención del trastorno. En el ámbito hispanohablante es necesario que se lleve a cabo un trabajo de reflexión y consenso que acuerde la terminología y los criterios de diagnósticos para adaptarlos/ajustarlos al contexto sociocultural y lingüístico de todos los países de habla hispana.

**Palabras clave:** Trastorno Específico del Lenguaje; TEL; Trastorno del Desarrollo del Lenguaje; TDL.

### [en] Description of the change from SLI to DLD in an English-speaking context

**Abstract.** Specific Language Impairment (SLI) is a neurodevelopmental disorder that affects around 7% of the population and that compromises the expression and/or understanding of oral language. However, it is a very unknown disorder for the general population. One of the factors that explain it is the great terminological dispersion that different professionals and diagnostic manuals have used to designate it. Given the great ignorance of the disorder and to reach an agreement regarding the nomenclature and diagnostic criteria Bishop et al. (2016, 2017) carried out two studies using the Delphi method in which different researchers, professionals that works with children with SLI as well as people from associations of relatives in the English-speaking countries (CATALISE consortium) participated. The main conclusions were the commitment to the terminological change towards the Developmental Language Disorder (DLD) as well as some diagnostic criteria that emphasize the functional difficulties that the disorder generates and its prognosis. This article makes an exhaustive review of all the implications that the results of these studies have on the conceptualization, evaluation, and intervention of the disorder. In the Spanish-speaking community, it is necessary to carry out a work of reflection and consensus that agrees on the nomenclature and diagnostic criteria to adapt/adjust them to the sociocultural and linguistic context of all the Spanish-speaking countries.

**Keywords:** Specific Language Impairment; SLI; Developmental Language Disorder; DLD.

**Sumario.** Introducción. Nueva terminología: El trastorno del lenguaje y el trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL). Los factores de riesgo del TDL. La detección del TDL. Evaluación y diagnóstico del TDL. La clasificación de subtipos del TDL. Las comorbilidades del TDL. Intervención y TDL. Repercusión de los estudios en el ámbito clínico y científico. Conclusiones. Bibliografía

**Cómo citar:** Andreu, L., Ahufinger, N., Igualada, A. y Sanz-Torrent, M. (2021). Descripción del cambio del TEL al TDL en contexto angloparlante. *Revista de Investigación en Logopedia*, 11(Núm. Especial), 9-20. <https://dx.doi.org/10.5209/rlog.70857>

### Introducción

El trastorno específico del lenguaje (TEL) es un trastorno del neurodesarrollo que afecta a la expresión y/o la comprensión del lenguaje oral. El trastorno ha recibido diferentes nombres a lo largo de la historia desde 1822

<sup>1</sup> Universitat Oberta de Catalunya y Universitat de Barcelona  
landreub@uoc.edu

cuando el médico alemán Franz Gall describió a los niños que tenían problemas específicos con el lenguaje en ausencia de otras alteraciones que explicaran esos problemas (Gall, 1835). Diferentes nombres como *afasia congénita*, *afasia del desarrollo*, *audiomudez o disfasia* se han ido sucediendo en diferentes épocas del pasado hasta que Leonard (1981) acuñara el concepto *Specific Language Impairment* (SLI) que fue traducido al español como trastorno específico del lenguaje (TEL). Sin embargo, con la llegada del siglo XXI se ha generado una gran dispersión terminológica con el uso, entre otros, de los términos *trastorno del lenguaje* (v. gr. Ellis Weismer et al., 2000), *trastorno de aprendizaje del lenguaje*, *trastorno primario del lenguaje* (v. gr. Kohnert y Ebert, 2010) o *trastorno del desarrollo del lenguaje* (Norbury et al., 2008; Valdizán et al., 2011). Bishop (2014) expresaba esta gran dispersión con la combinación de diferentes nombres, adjetivos/modificadores y descriptores que se pueden observar en la Tabla 1:

Tabla 1. La gran dispersión terminológica del TEL. Traducido y adaptado de Bishop (2014)

Nombre	Adjetivo/modificador	Descriptor
Necesidad	Específico	Lenguaje
Dificultad	Primario	Habla y Lenguaje
Problema	del Desarrollo	Habla/Lenguaje
Discapacidad	(sin prefijo)	Aprendizaje del Lenguaje
Invalidez		Habla, Lenguaje y Comunicación
Trastorno		Comunicación
Desorden		
Retraso		

Esta dispersión terminológica se ha manifestado en la disparidad que tradicionalmente han mostrado los dos manuales sobre diagnóstico más relevantes, uno del ámbito de la medicina, la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) y el otro del ámbito psicológico, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM).

Así, por ejemplo, el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association [APA], 2000) no recogía una categoría diagnóstica para el TEL sino que dentro de los *Trastornos de la comunicación de inicio en la infancia o la adolescencia* se incluían estos trastornos:

- Trastorno del lenguaje receptivo.
- Trastorno del lenguaje expresivo.
- Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo.

En la versión actualizada, El DSM-V (APA, 2013), en cambio, se opta por el diagnóstico de *trastorno del lenguaje* para los niños con un vocabulario reducido, estructuras de frase limitadas y dificultades en el discurso. En cambio, cuando la afectación es en el ámbito de la pragmática, propone una nueva categoría diagnóstica, la de *trastorno de la comunicación social (pragmático)*.

El CIE-10 (World Health Organization, 1992), por su lado, recogía dentro de los *Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje* los siguientes trastornos que encajarían con las manifestaciones propias del TEL:

- Trastorno de la expresión del lenguaje.
- Trastorno de la comprensión del lenguaje.

En la última versión publicada en 2019, el CIE-11 opta por el término *Trastorno del desarrollo del lenguaje* del que distingue tres subtipos.

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

Como podemos observar en las últimas versiones de los dos manuales (DSM-V y CIE-11) ni la nomenclatura ni los subtipos que incluye son los mismos. Mientras que el DSM-V opta por el término *trastorno del lenguaje*, el CIE-11 recoge el de *trastorno del desarrollo del lenguaje*. Por otro lado, el CIE-11 recoge tres subtipos y el DSM-V no distingue subtipos, pero incluye una categoría diagnóstica, el *trastorno de la comunicación social (pragmático)* que se corresponde el subtipo *trastorno del desarrollo del lenguaje con afectación principalmente en la pragmática* del CIE-11.

Esta dispersión terminológica es uno de los factores que ha generado que, a pesar de su alta prevalencia –uno de cada catorce niños de promedio presenta este trastorno (Tomblin et al., 1997; Norbury et al., 2016)– sea un trastorno muy desconocido para la población general, así como también para muchos profesionales del

ámbito de la educación o la psicología. Este desconocimiento es mayor que otros trastornos que presentan una prevalencia similar o mucho menor que el TEL como es el caso del TEA –trastorno del espectro autista– (1-2% de prevalencia; Baxter et al., 2015) o el TDAH –trastorno por déficit de atención e hiperactividad– (7,2% de prevalencia; Thomas et al., 2015), que sin embargo, son mucho más conocidos por la sociedad. Esto ha provocado que al TEL se le haya caracterizado como un trastorno invisible (Bishop, 2013). Esta falta de reconocimiento del TEL tiene consecuencias en las decisiones sobre las políticas y los recursos que se dedican para su atención y tiene su reflejo también en el número de proyectos de investigación y de publicaciones que se realizan de este trastorno en relación con otros trastornos del neurodesarrollo como el TEA o el TDAH que son menos prevalentes (Bishop, 2010; McGregor, 2020).

Es por ello que, en 2012 Dorothy Bishop, Gina Conti-Ramsden, Becky Clark, Courtenay Norbury y Maggie Snowling (Conti-Ramsden et al., 2013) impulsaron la campaña de sensibilización inicialmente llamada *Raising awareness of specific language impairment (The RALLI Internet campaign)* para aumentar la visibilidad y el conocimiento del TEL. La campaña contempló la creación de un canal de *Youtube* ([www.youtube.com/rallcampaign](http://www.youtube.com/rallcampaign)) que incluyó videoclips de información sobre el TEL en inglés y español en el que participan las propias impulsoras, profesionales del ámbito, personas con TEL y familiares.

Poco después, en 2014, el debate sobre la terminología alcanzó otro hito destacable con la edición de un número especial dedicado al debate sobre el TEL: criterios de diagnóstico y terminología en la revista *International Journal of Language & Communication Disorders* (IJLCD). Este número especial titulado *The SLI debate: diagnostic criteria and terminology* y cuya editora fue Susan Ebbels, contó con dos artículos (Bishop, 2014; Reilly et al., 2014). Bishop (2014) analizó la terminología para designar los problemas de lenguaje oral de causa inexplicable en población infantil. Para ello, se planteó si debemos abandonar las etiquetas de diagnóstico y si el modelo médico es apropiado en este trastorno. Analizó los múltiples criterios utilizados para identificar los problemas de lenguaje de los niños y las etiquetas utilizadas hasta el momento. En las conclusiones abogó por adoptar una terminología y unos criterios diagnósticos acordados y comunes por y para todos. Reilly et al., (2014) revisaron la literatura para explorar los orígenes del término trastorno específico del lenguaje (*Specific Language Impairment*). Las autoras consideraron que no había evidencia empírica para respaldar el uso continuado del término TEL y que había una evidencia limitada sobre si había proporcionado beneficios reales para los niños y sus familias debido a los criterios restrictivos de exclusión usados para determinar el acceso a los servicios de logopedia. Las autoras propusieron la eliminación de la palabra “específico” para que se usara, por tanto, la etiqueta *trastorno del lenguaje*. Además, propusieron que los criterios de exclusión se flexibilizaran y se adoptaran criterios inclusivos que tuvieran en cuenta la naturaleza fluida del desarrollo del lenguaje, particularmente en el período preescolar.

Ambos artículos incluyeron los comentarios de diferentes personas, seleccionadas por la editora, de gran relevancia en el estudio del TEL y que representaban a puntos de vista de diferentes agentes (académicos, logopedas, psicólogos, médicos, profesionales del mundo clínico, educativo y organizaciones de familiares de personas con el trastorno). Estas personas plantearon sus argumentos a favor y en contra de las conclusiones de los dos estudios.

Este número especial abrió de manera crucial el debate terminológico y mostró las discrepancias en este aspecto. El debate tuvo su continuación tanto en un foro creado por el Real Colegio de Logopedas Británico (*Royal College of Speech & Language Therapists, RCSLT*) como en un debate en la plataforma *Twitter* organizado por el grupo de logopedas australianas *WeSpeechies* en el que todas las personas que no habían participado en el número especial pudieron dar su punto de vista y hacer los comentarios y acotaciones que consideraron.

Para poder llevar a cabo un ejercicio de consenso que obtuviera el máximo respaldo tanto de diferentes profesionales, académicos y familiares a lo largo de la geografía angloparlante, Dorothy V. Bishop y Maggie Snowling impulsaron dos estudios basados en el método Delphi, uno dedicado a los criterios de diagnóstico del TEL (completado en noviembre de 2015; Bishop et al., 2016) y otro dedicado a la terminología (completado en septiembre de 2016; Bishop et al., 2017). El método Delphi tiene como objetivo la consecución de un consenso basado en la discusión entre expertos mediante un proceso interactivo. La metodología parte de la selección de un panel de expertos que deben contestar a un cuestionario. A partir de los resultados obtenidos se vuelve a realizar otro cuestionario que deberán contestar los mismos expertos, tras darles a conocer los resultados obtenidos en la consulta anterior. El proceso puede repetirse varias veces hasta alcanzar el máximo nivel de consenso posible. Finalmente, los responsables del estudio elaboran sus conclusiones a partir del tratamiento estadístico de los datos obtenidos.

El objetivo del primer estudio (Bishop et al., 2016) fue poder conseguir el máximo consenso sobre cómo identificar aquellos niños que necesitan el apoyo intensivo de un profesional en área del desarrollo del lenguaje que va más allá del que reciben ordinariamente en las clases. El objetivo del segundo estudio (Bishop et al., 2017) fue acordar cuál es el mejor término para definir a esos niños con problemas graves en el desarrollo del lenguaje.

El panel de expertos participantes conformaron lo que los autores bautizaron como el consorcio CATALISE, que estuvo compuesto por 59 personas de países de habla inglesa (Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos) entre los cuales estaban las personas que habían hecho comentarios

en los artículos del número especial del 2014 (Bishop, 2014; Reilly et al., 2014) y miembros adicionales de las categorías con menos representación de entre logopedas, psicólogos, maestros de educación especial, audiólogos, pediatras, psiquiatras y asociaciones de familiares de niños con TEL.

A partir de los comentarios del número especial en la revista *International Journal of Language & Communication Disorders* (Bishop, 2014; Reilly et al., 2014), del debate en el foro creado por el Real Colegio de Logopedas británico y del debate en *Twitter* de *WeSpeechies*, las moderadoras del estudio –Bishop y Snowling– crearon inicialmente 76 afirmaciones (por ejemplo: *Afirmación 2. El término “trastorno del lenguaje” se propone para los niños que probablemente tengan problemas de lenguaje que duran hasta la infancia media y más allá, con un impacto significativo en las interacciones sociales cotidianas o el progreso educativo*). Estas afirmaciones fueron revisadas por un subgrupo de los expertos participantes que finalmente seleccionaron 46 afirmaciones. Con ellas se inició la primera ronda del estudio enviando las afirmaciones seleccionadas a todos los miembros del panel de expertos que, de forma totalmente anónima, puntuaron cada afirmación en función de su grado de acuerdo y pudieron hacer todos los comentarios que consideraron oportunos. Con esta información las moderadoras enviaron un resumen a todos los participantes con los principales resultados y reformularon, de acuerdo con las afirmaciones que habían alcanzado mayor consenso y considerando los comentarios realizados, un nuevo conjunto de 27 afirmaciones que se enviaron de nuevo a los miembros del panel para que las puntuaran de nuevo e hicieran sus comentarios, realizando así la segunda ronda. Finalmente, las moderadoras, a partir de las respuestas de la segunda ronda, editaron las 27 afirmaciones definitivas e incluyeron un resumen de los comentarios. Con ello, enviaron *feedback* a todos los participantes con los principales resultados y consensos y elaboraron los dos artículos Bishop et al. (2016, 2017). (ver figura 1).

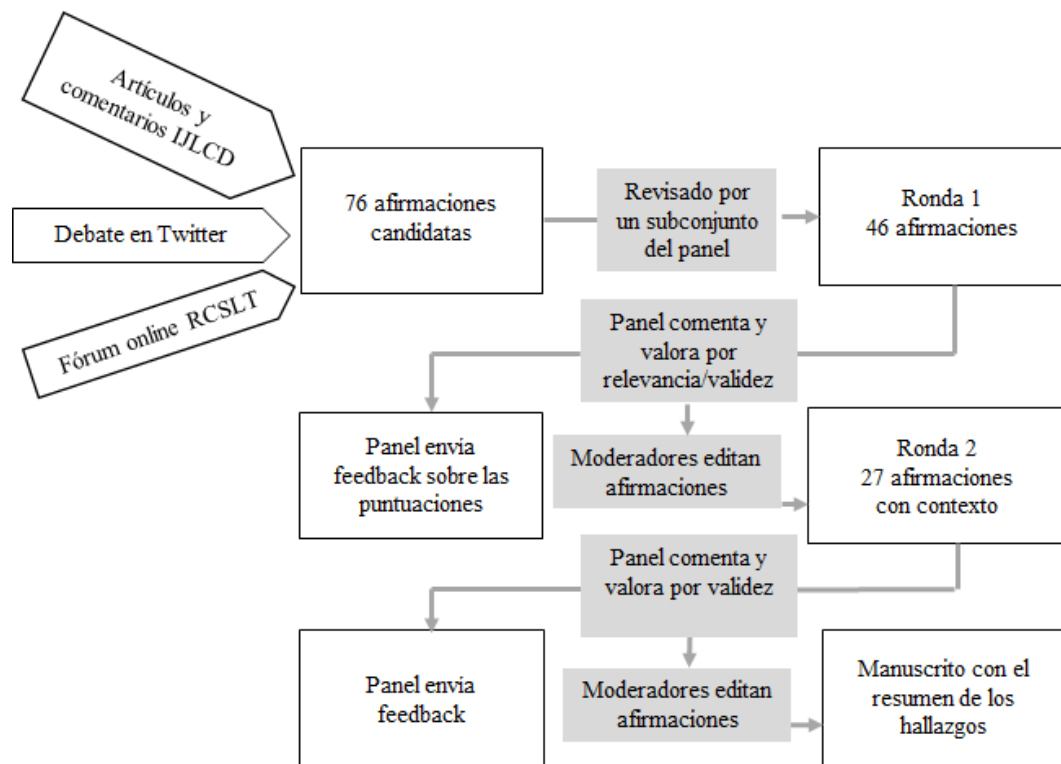


Figura 1. Proceso llevado a cabo en el estudio Delphi (Traducido de Bishop et al., 2016).

Posteriormente, en febrero de 2020, la revista *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups* editada por la Asociación Americana de Habla, Lenguaje y Audición (*American Speech-Language-Hearing Association, ASHA*), publicó un monográfico dedicado al trastorno específico del lenguaje / trastorno de desarrollo del lenguaje. El monográfico contó con seis artículos (Green, 2020; Leonard, 2020; McGregor et al., 2020; Murza y Ehren, 2020; Paul, 2020; Rice, 2020a). Sin embargo, algunos de los artículos generaron diferentes polémicas puesto que la propia Dorothy Bishop mostró que incluían ciertas imprecisiones respecto a los resultados obtenidos en los estudios del consorcio CATALISE. Ello generó la publicación de una corrección del artículo de Green (2020a;b) así como una carta al editor (Bishop, 2020) referente al artículo de Rice (2020a) y una respuesta de la propia Mabel Rice (Rice, 2020b).

Con el objetivo de poder transmitir los principales cambios que supusieron los estudios llevados a cabo por el consorcio CATALISE mediante el método Delphi, seguidamente se recogen las principales novedades que han comportado. La ordenación de los contenidos no se presenta en función del número del estudio sino que se ha realizado bajo el criterio de mayor claridad y entendimiento por parte del lector:



### Nueva terminología: El trastorno del lenguaje y el trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)

La primera novedad con relación a la terminología del trastorno es la distinción entre el *trastorno del lenguaje* y el *trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)*<sup>2</sup>.

El *trastorno del lenguaje* (TL) hace referencia a aquellos niños que presentan dificultades severas y persistentes en el desarrollo del lenguaje que afectan al desarrollo social o escolar en su vida diaria.

Sin embargo, hay un grupo de niños con trastorno del lenguaje en los que la afectación en el lenguaje oral ocurre como consecuencia de una condición biomédica. Estos niños necesitan una intervención que vaya más allá de las dificultades del lenguaje y también se centre en las otras áreas del desarrollo en las que también impacta esa condición. En estos casos, la propuesta del CATALISE es diagnosticar a estos niños, respecto a su afectación en el lenguaje, como “trastorno del lenguaje asociado a...” e indicar la condición médica que presentan conjuntamente al trastorno del lenguaje como puede ser, por ejemplo:

- Daño cerebral
- Trastornos neurodegenerativos
- Parálisis cerebral
- Hipoacusia neurosensorial
- Síndromes genéticos
- Autismo
- Discapacidad intelectual

En cambio, el consorcio CATALISE recomienda usar el término *trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL)* para designar a aquellos otros niños que la afectación grave en el lenguaje oral ocurra sin que haya un trastorno asociado ni una explicación clara que lo justifique (ver Figura 2). Esta terminología substituye a la anteriormente utilizada; trastorno específico del lenguaje (TEL). Así pues, el TDL se define como un trastorno severo y persistente en la adquisición y el desarrollo del lenguaje oral, que no está asociado a una condición médica, que puede involucrar a uno o varios componentes del lenguaje en diferente grado tanto a nivel expresivo como receptivo y que afecta al desarrollo social y/o escolar (v.gr. Leonard, 1998; Bishop, 2016).

El consorcio CATALISE incluye tanto el TL como el TDL dentro de la categoría más amplia de necesidades del habla, lenguaje y la comunicación (véase Figura 3).

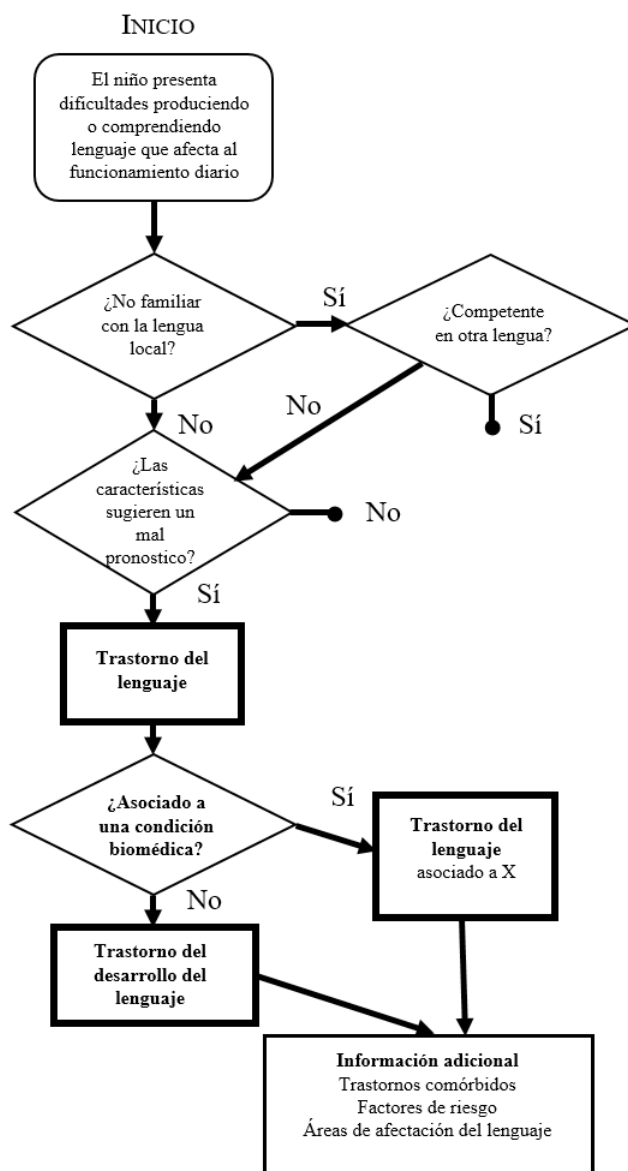


Figura 2. Esquema de la toma de decisiones en el uso de las etiquetas diagnósticas según consorcio CATALISE (Traducido de Bishop et al., 2017).

<sup>2</sup> En inglés, *Language disorder* y *Developmental Language Disorder (DLI)*

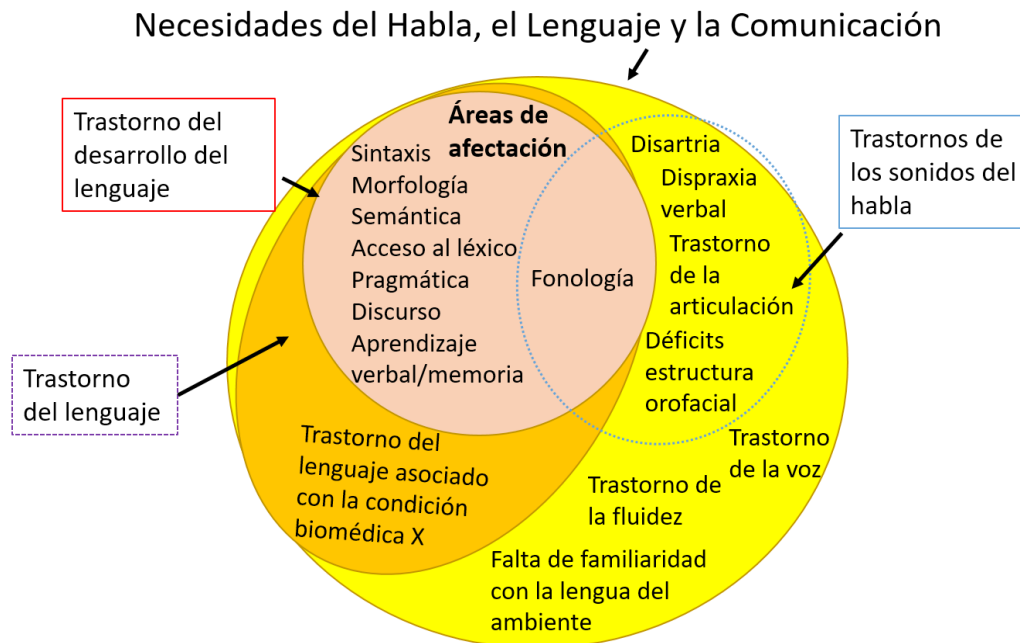


Figura 3. Áreas de afectación de las etiquetas diagnósticas según el consorcio CATALISE en relación con las necesidades del habla, el lenguaje y la comunicación (Traducido de Bishop et al., 2017).

El TDL no es un trastorno homogéneo sino que presenta una gran heterogeneidad, ya que estos niños pueden presentar una gran variedad de dificultades. El lenguaje es muy complejo y puede estar afectado de diferentes formas. Como puede verse en la figura 3, el trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) puede afectar a una o diversas de las siguientes áreas:

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

Sin embargo, es importante destacar que, cuando la afectación se encuentra únicamente en la fonología, el diagnóstico no debe ser de TDL sino el de trastorno de los sonidos del habla (TSH).

### Los factores de riesgo del TDL

Existen diversos factores de riesgo ambientales y biológicos asociados con una mayor probabilidad de presentar problemas de lenguaje que son muy comunes en la población infantil con TDL. Estos factores no deben usarse para excluir un diagnóstico porque no se ha demostrado de manera clara que tengan una relación causal directa con las dificultades del lenguaje. Los factores de riesgo no son predictores sólidos del nivel lingüístico de los niños, pero son más frecuentes en niños con trastornos del lenguaje que en niños con desarrollo típico. Los factores de riesgo incluyen:

- Tener antecedentes familiares con dificultades del lenguaje
- Ser varón
- Vivir en un entorno con nivel socioeconómico bajo
- Bajo nivel educativo de los padres
- Negligencia, abuso o maltrato infantil
- Complicaciones en la gestación o el parto (a no ser que causen algún síndrome, trastorno o condición).

## La detección del TDL

Para hablar de la detección del TDL resulta obligatorio hacer referencia a los hablantes tardíos. Un hablante tardío es un niño de entre un año y medio y dos años que produce menos de 10 palabras inteligibles o que entre dos años y dos años y once meses produce menos de 50 palabras, además presenta ausencia de enunciados de dos palabras (Paul, 1991; Paul et al., 1991). Muchos hablantes tardíos evolucionan favorablemente sin ninguna ayuda especial (Reilly et al., 2018). La investigación hasta la fecha ha demostrado que es difícil predecir cuáles de estos niños tendrán problemas a más largo plazo. Es por ello que el CATALISE recomienda una evaluación cada seis meses para seguir la evolución de los hablantes tardíos.

También se propone que solo en el caso de aquellos hablantes tardíos que tengan entre 2 y 3 años y presenten problemas de lenguaje se los diagnosticará como TDL si cumplen las siguientes características:

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

Si no presentan ninguno de estos factores no se los deberá diagnosticar con la etiqueta de TDL hasta los 5 años pero se deberá llevar a cabo una espera vigilante con evaluación cada seis meses.

Los niños con dificultades fonológicas en educación infantil que no van acompañados de otros problemas del lenguaje responden bien a la intervención. En estos casos, se recomienda el diagnóstico de *trastorno de los sonidos del habla* (TSH) al ser poco probable que los problemas de lenguaje persistan.

Por otro lado, un término que ha sido muy utilizado tradicionalmente en el ámbito educativo y clínico es el de *retraso del lenguaje*. La tradicional distinción entre retraso del lenguaje y trastorno del lenguaje no tiene evidencia empírica. Por ello, CATALISE recomienda que no se use la categoría retraso del lenguaje. Para aquellos niños que no cumplen los criterios para tener un trastorno del lenguaje, se recomienda usar el concepto *niño con dificultades del lenguaje*. En la Figura 4 se puede ver un esquema de las recomendaciones en la decisión de etiquetaje diagnóstico respecto a la identificación del TDL.

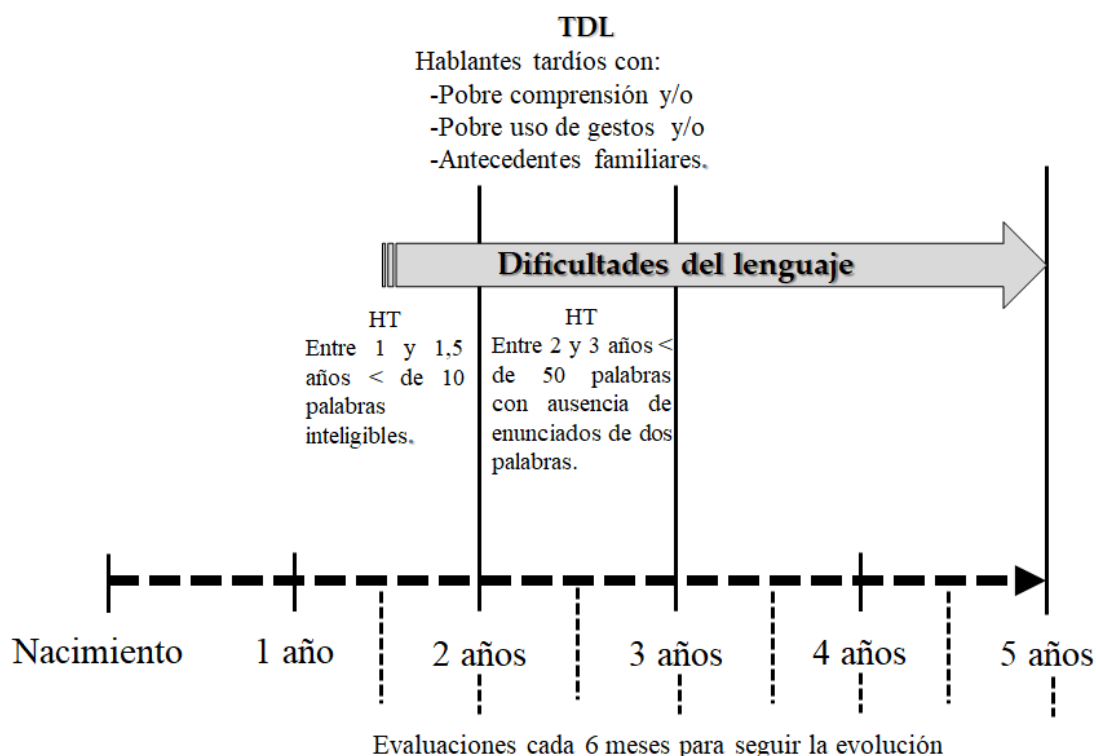


Figura 4. Esquema cronológico de los criterios de etiquetaje diagnóstico del trastorno del desarrollo del lenguaje (TDL) con relación a las etiquetas de hablante tardío (HT) y de dificultades del lenguaje

## Evaluación y diagnóstico del TDL

Una de las preguntas más importantes que las familias y el profesorado se plantean cuando se encuentran con un niño que presenta dificultades en el lenguaje oral es ¿cuándo se le debe derivar para hacer una evaluación? CATALISE recomienda que la derivación para hacer una evaluación especializada se haga cuando:

- El profesorado, las familias o profesionales de la salud muestren una preocupación por el desarrollo del habla, el lenguaje o la comunicación (evitar el *Ya hablará...*).
- Se observe una falta de progreso en el desarrollo del lenguaje o en los resultados académicos a pesar de tener apoyo específico en el aula.

Además, como muchas dificultades del lenguaje oral pasan desapercibidas o quedan enmascaradas por dificultades graves en otras áreas, se recomienda hacer a una evaluación especializada del lenguaje oral en aquellos niños que presentan dificultades:

- Conductuales o psiquiátricas
- De comprensión lectora
- De audición

Una vez que el niño haya sido referido para llevar a cabo una evaluación, CATALISE recomienda que las fuentes de información para llevar a cabo el diagnóstico de TDL deben ser múltiples e incluir:

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

Por otro lado, los criterios de exclusión que tradicionalmente se habían utilizado para el diagnóstico del TEL ahora se flexibilizan y se ajustan a la evidencia que han mostrado diferentes investigaciones en los últimos años:

- El cociente intelectual no verbal (CINV) mínimo evaluado con test estandarizados se establece en una puntuación de 70. Anteriormente se había utilizado la obtención de una puntuación de 85 o superior en la evaluación del CINV como punto de corte. Sin embargo, con este criterio muchos niños que presentaban dificultades del lenguaje y obtenían una puntuación en CINV inferior a 85 y superior a 70 (límite establecido a partir del que se considera que el niño presenta una discapacidad intelectual) quedaban excluidos. Por ello, CATALISE recomienda bajar el criterio de CINV mínimo hasta 70.
- No se requiere ninguna discrepancia entre el nivel lingüístico y el CINV. La justificación que había detrás de este criterio era que debía existir una discrepancia considerable entre el nivel de lenguaje oral que había de ser más bajo de lo normal y la inteligencia no verbal que debía estar dentro de los parámetros de la normalidad. Diferentes estudios (Norbury et al., 2016; Reilly et al., 2014) han demostrado que un nivel de CINV de entre 70 y 85 no tiene un efecto ni en la aparición ni en la gravedad del trastorno del lenguaje. Por ello, CATALISE recomienda que no se requiera esta discrepancia.
- Se elimina un punto de corte del nivel lingüístico. Para garantizar que los niños tuvieran un nivel de gravedad importante se había establecido como punto de corte que los niños presentaran  $-1,25$  o  $-1,5$  desviaciones típicas (DT) por debajo de la media en escalas estandarizadas de evaluación del lenguaje. Sin embargo, estos puntos de corte planteaban muchas controversias sobre el número y tipo de pruebas que se debían utilizar. CATALISE opta por una visión más holística y recoge que el trastorno debe ser grave y persistente y afectar al desarrollo social y/o escolar sin establecer un punto de corte en la evaluación lingüística.

En definitiva, CATALISE enfatiza en la afectación funcional, que interfiere tanto a la comunicación como a su desempeño de las actividades escolares, y en el mal pronóstico en lugar de dar importancia a una puntuación o percentil de corte en una o diversas pruebas del lenguaje. Por tanto, se recomienda que el diagnóstico de TDL se haga cuando:

- El niño presenta dificultades que le crean obstáculos en la comunicación o el aprendizaje en su vida diaria.
- Los problemas de lenguaje oral sea muy improbable que se resuelvan (o no se han resuelto) a los 5 años.
- Las dificultades del lenguaje oral no estén asociados a ninguna condición biomédica.



En el consenso se pone hincapié en que los niños que viven en un entorno familiar desfavorecido deben diagnosticarse como TDL si presentan dificultades graves y persistentes del lenguaje, de igual manera que se diagnostican los demás niños en entornos más favorecidos. Se rechaza la idea de que las dificultades del lenguaje puedan ser causadas por el entorno familiar porque no existen indicadores fiables que lo demuestren. Como se ha dicho, el nivel socioeconómico bajo únicamente se debe considerar como un factor de riesgo que interacciona con muchos otros.

Por otro lado, también se considera el multilingüismo dentro de los acuerdos. Los niños con una limitada exposición a la lengua propia del país de acogida pueden ver restringidas sus oportunidades sociales y educativas. En estos casos, no se les debe diagnosticar como TDL a no ser que, después de solicitar una evaluación, se demuestre que tienen una pobre expresión y/o comprensión en su primera lengua (Bishop, 2020); (véase figura 2). Por tanto, para poder diagnosticar como TDL a un niño que tiene como primera lengua una lengua diferente a la del contexto en el que vive se le debe evaluar el nivel de competencia en su primera lengua y, en caso de mostrar un trastorno severo y persistente, optar por el diagnóstico.

### **La clasificación de subtipos del TDL**

Las diversas clasificaciones del TEL que se han propuesto nunca han conseguido ser mutuamente excluyentes (Rapin y Allen, 1983; 1996; Conti-Ramsden et al., 1997) hecho que ocasionaba que muchos niños no encajasen perfectamente en ninguno de los subtipos propuestos. Por ello, CATALISE recomienda que no se distingan entre subtipos de TDL. En cambio, proponen que el diagnóstico debe indicar las áreas afectadas, por ejemplo, “Niño con TDL con afectación a nivel expresivo en fonología, acceso al léxico, morfología y sintaxis”.

### **Las comorbilidades del TDL**

Los trastornos del neurodesarrollo presentan una gran comorbilidad entre ellos, esto es debido a que comparten afectaciones en diferentes bases cognitivas (Pennington, 2006). Los siguientes trastornos se pueden presentar de forma concurrente con el TDL y no deben usarse para excluir su diagnóstico puesto que no puede justificarse la afectación en el lenguaje como consecuencia de su coexistencia –hay niños con estos trastornos que no tienen problemas en el lenguaje oral. Además, la evidencia fruto de la investigación ha demostrado que la intervención en el área de lenguaje no se debe realizar de forma diferente cuando hay un trastorno comórbido que cuando no se encuentra asociado a otra patología. Por lo tanto, ante la presencia de estos trastornos CATALISE propone que se deberá utilizar un doble diagnóstico (TDL comórbido con.../ TDL y ...):

- TDAH
- Problemas motores (incluyendo el trastorno del desarrollo de la coordinación o la dispraxia evolutiva)
- Dislexia
- Trastornos del habla
- Alteraciones en las funciones ejecutivas
- Trastornos de la conducta o emocionales
- Trastornos emocionales

### **Intervención y TDL**

Finalmente, CATALISE recoge algunas recomendaciones sobre la atención educativa y la intervención de los niños con TDL. La población con TDL presenta dificultades para aprender nuevas palabras y conceptos: no recuerdan algunas palabras cuando las quieren usar y los problemas en expresión y/o comprensión les dificultan hacer acciones conjuntas con sus amistades y ello puede generar aislamiento. También, tienen dificultades para recordar información cuando cuentan historias o eventos vividos y esto puede generar que no cuenten a familiares o educadores episodios de victimización (*bullying*). Además, los niños con TDL tienen dificultades para escuchar y realizar otras tareas al mismo tiempo. Eso provoca que no puedan seguir largas ni complejas explicaciones y, en consecuencia, muchas veces parece que no estén atentos. Por ello, se ha de confirmar siempre que el niño ha entendido la información antes de cualquier instrucción o tarea.

Finalmente, CATALISE recoge que los niños con un ambiente familiar desfavorecido y diagnosticados como TDL deben recibir intervención igual que el resto de niños con TDL, puesto que no hay ninguna evidencia que ellos respondan peor a la intervención.

## Repercusión de los estudios en el ámbito clínico y científico

Tras más de tres años de publicación de los dos estudios, la adopción de estos criterios ha sido ampliamente asumida tanto en el ámbito académico como en el ámbito clínico en toda la geografía angloparlante. A nivel científico, se puede observar el número de publicaciones que se han producido desde 2018 hasta el 2020 con el uso del nombre “Developmental Language Disorder” que es muy superior que el de “Specific Language Impairment” (ver Tabla 2).

Tabla 2. Número de publicaciones con el nombre “Developmental Language Disorder” y “Specific Language Impairment” en Pubmed en últimos tres años (fecha de consulta 5/01/2021).

	DLD	SLI
2018	55	71
2019	107	54
2020	150	48

Por otro lado, a nivel clínico las principales organizaciones profesionales de logopedas del ámbito angloparlante han optado por utilizar esta terminología en sus escritos y revistas oficiales. Se trata de asociaciones como la ASHA, la RCSLT o la Speech Pathology Australia.

En el ámbito hispanohablante, que representa una población mundial de más de 400 millones de personas, es necesario aún establecer un debate para poder llegar a un acuerdo sobre este trastorno. Consideramos que se debería debatir, consensuar y decidir si se debe producir un cambio en la etiqueta del trastorno y adoptar la terminología TDL, si se deben establecer consensos sobre la evaluación y el diagnóstico y si se deben tomar por válidas las recomendaciones del CATALISE también en nuestro contexto lingüístico. El mayor intento de consenso en el contexto hispanohablante fue llevado a cabo por la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología e Iberoamericana de Fonoaudiología (AELFA-IF) mediante su comité de expertos sobre el TEL. Los acuerdos a los que llegaron se publicaron en un artículo de la revista de la asociación (Aguado et al., 2015) y establecieron diferentes directrices respecto a la terminología y a los criterios de diagnósticos. Sin embargo, ese trabajo se llevó a cabo antes que se publicaran los dos estudios en el ámbito angloparlante (Bishop et al., 2016; 2017). Por tanto, es urgente llevar a cabo ese trabajo de reflexión y que culmine con un acuerdo que sea ampliamente asumido por todos los países de habla hispana. En este sentido, sería fundamental que este debate partiera del análisis de la situación que actualmente tiene el trastorno en los diferentes países hispanohablantes teniendo en cuenta sus características socioculturales y lingüísticas que son diferentes a las del contexto anglosajón.

## Conclusiones

A partir de la gran dispersión terminológica que estaba teniendo el trastorno del lenguaje oral en la etapa infantil en el ámbito angloparlante, Bishop et al. (2016, 2017) llevaron a cabo dos estudios con método Delphi para llegar a un acuerdo sobre el término y los criterios diagnósticos. En estos estudios participaron 59 expertos que representaban a diez disciplinas (entre ellas, educación, psicología, logopedia, pediatría y psiquiatría infantil) de países de habla inglesa (Australia, Canadá, Irlanda, Nueva Zelanda, Reino Unido y Estados Unidos) que en tres rondas fueron puntuando diferentes afirmaciones hasta llegar a un acuerdo de alrededor del 80% en la última de ellas. En el primer estudio, dedicado a los criterios diagnósticos, se optó por rebajar el límite mínimo CINV desde 85 hasta 70; la eliminación de un punto de corte del nivel lingüístico y la apuesta por una concepción más holística y que enfatiza en la afectación funcional que se focaliza en la incidencia que el trastorno tiene en el desarrollo social y escolar del niño. En el segundo estudio, dedicado a la terminología (Bishop et al., 2017), las autoras acordaron el uso del término general trastorno del lenguaje para referirse a todos los niños que muestran dificultades en la comprensión y/o la producción de lenguaje que les causa un deterioro funcional en la vida cotidiana, sea cual sea su causa. Por otro lado, se optó por la etiqueta trastorno del desarrollo del lenguaje en sustitución de la de trastorno específico del lenguaje (en inglés, *Developmental Language Disorder* en sustitución de *Specific Language Impairment*) para referirse a aquellos niños con trastorno del lenguaje que no esté asociado con una etiología biomédica conocida.

Estos estudios han tenido una gran repercusión en el ámbito angloparlante y han sido ampliamente asumidos tanto por los profesionales como por los investigadores y académicos. En el ámbito hispanohablante es necesario que se lleve a cabo un proceso de reflexión y consenso similar que culmine con un amplio acuerdo compartido por todos los países de habla hispana.

## Bibliografía

- Aguado, G., Coloma, C. J., Martínez, A. B., Mendoza, E., Montes, A., Navarro, R., y Serra, M. (2015). Documento de consenso elaborado por el comité de expertos en TEL sobre el diagnóstico del trastorno. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 35(4), 147–149. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2015.06.004>
- American Psychiatric Association (APA). (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed. Text Revision). *DSM-IV-TR*
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). *DSM-V*
- Baxter, A.J., Brugha, T.S., Erskine, H.E., Scheurer, R.W., Vos, T., y Scott, J.G. (2015). The epidemiology and global burden of autism spectrum disorders. *Psychological Medicine*, 45(3), 601–613. doi: 10.1017/S003329171400172X.
- Bishop, D.V.M. (2010). Which neurodevelopmental disorders get researched and why? *PLoS ONE*, 5(11): e15112. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0015112>
- Bishop, D.V.M. (2013). SLI: the invisible neuro-developmental disorder. *RCSLT Bulletin*, 732, 14.
- Bishop, D.V.M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381–415. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12101>.
- Bishop, D. V. M. (2020). Developmental language disorder: the term is not confined to monolingual children. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. [https://doi.org/10.1044/2020\\_PERSP-20-00061](https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00061)
- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. y CATALISE consortium (2016) CATALISE: a multinational and multidisciplinary delphi consensus study. Identifying language impairments in children. *PLoS ONE*, 11(7): e0158753. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158753>
- Bishop, D.V.M., Snowling, M.J., Thompson, P.A., Greenhalgh, T. y CATALISE consortium (2017) Phase 2 of CATALISE: a multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development: terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068-1080. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12721>
- Conti-Ramsden, G., Bishop, D.V.M., Clark, B., Norbury, C.F., y Snowling, M. (2013). Raising awareness of specific language impairment: the RALLI internet campaign / Toma de conciencia sobre los trastornos específicos del lenguaje: la campaña RALLI en internet. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 33 (2), 51-54. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2013.03.001>
- Conti-Ramsden, G., Crutchley, A., y Botting, N. (1997). The extent to which psychometric tests differentiate subgroups of children with SLI. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(4), 765-777. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4004.765>
- Ellis Weismer, S., Tomblin, J. B., Zhang, X., Buckwalter, P., Chynoweth, J. G., y Jones, M. (2000). Nonword repetition performance in school-age children with and without language impairment. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 43(4), 865-878. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4304.865>
- Gall, F. J. (1835). *Organology*. (Vol. 5). Marsh, Capen & Lyon.
- Green, L. (2020a). The specific language impairment/developmental language disorders forum: fostering a discussion of terminology. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5, 3–5. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERSP-19-00184](https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00184)
- Green, L. (2020b). Erratum to “The specific language impairment/developmental language disorders forum: fostering a discussion of terminology” *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*. <https://doi.org/10.1044/PERSP-20-00046>
- Kohnert, K., y Ebert, K. D. (2010). Beyond morphosyntax in developing bilinguals and “specific” language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 31(2), 303. <https://doi.org/10.1017/S0142716409990464>
- Leonard, L., (1981). Facilitating linguistic skills in children with specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 2, 89–118. <https://doi.org/10.1017/S0142716400000886>
- Leonard, L. (1998). *Specific language impairment*. The MIT Press.
- Leonard, L. (2020). A 200-year history of the study of childhood language disorders of unknown origin: changes in terminology. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5, 6-11. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERS-SIG1-2019-0007](https://doi.org/10.1044/2019_PERS-SIG1-2019-0007)
- McGregor, K. K. (2020). How we fail children with developmental language disorder. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 51(4), 981-992.
- McGregor, K. K., Goffman, L., Owen Van Horne, A., Hogan, T. P., y Finestack, L. H. (2020). Developmental language disorder: Applications for advocacy, research, and clinical service. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5, 38-46. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERSP-19-00083](https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00083)
- Murza, K. A., y Ehren, B. J. (2020). Considering the language disorder label debate from a school speech-language pathology lens. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5(1), 47-54. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERSP-19-00077](https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00077)
- Norbury, C. F., Gooch, D., Wray, C., Baird, G., Charman, T., Simonoff, E. et al. (2016). The impact of nonverbal ability on prevalence and clinical presentation of language disorder: evidence from a population study. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 57 (11), 1247–57. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12573>
- Paul, R. (1991). Profiles of toddlers with slow expressive language development. *Topics in Language Disorders*, 11(4).1-13. <https://doi.org/10.1097/00011363-199111040-00003>
- Paul, R., Looney, S. S., y Dahm, P. S. (1991). Communication and socialization skills at ages 2 and 3 in “late-talking” young children. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 34(4), 858-865. <https://doi.org/10.1044/jshr.3404.858>
- Paul, R. (2020). Children’s language disorders: what’s in a name? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5, 30-37. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERS-SIG1-2019-0012](https://doi.org/10.1044/2019_PERS-SIG1-2019-0012)
- Pennington, B. F. (2006). From single to multiple deficit models of developmental disorders. *Cognition*, 101(2), 385-413. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2006.04.008>
- Reilly, S., Cook, F., Bavin, E. L., Bretherton, L., Cahir, P., Eadie, P., Gold, L., Mensah, F., Papadopoulos, S., y Wake, M. (2018). Cohort profile: the early language in victoria study (ELVS). *International journal of epidemiology*, 47(1), 11-20. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx079>
- Reilly, S., Tomblin, B., Law, J., McKean, C., Mensah, F. K., Morgan, A., Goldfeld S., Nicholson, J.M., y Wake, M. (2014). Specific language impairment: A convenient label for whom? *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 516–451. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12102>

- Rice, M. (2020). Clinical lessons from studies of children with specific language Impairment. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 5, 12-29. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERSP-19-00011](https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00011)
- Rice, M. (2020b). Response to the letter to the editor from Bishop (2020) regarding Rice (2020), “Clinical lessons from studies of children with specific language impairment”. *Perspectives*. [https://doi.org/10.1044/2020\\_PERSP-20-00086](https://doi.org/10.1044/2020_PERSP-20-00086)
- Thomas, Sanders, S., Doust, J., Beller, E., y Glasziou, P. (2015). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis. *Pediatrics*, 135(4), e994–e1001. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3482>
- Tomblin, J. B., Records, N. L., Buckwalter, P., Zhang, X., Smith, E., y O'Brien, M. (1997). Prevalence of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of speech, language, and hearing research*, 40(6), 1245-1260. <https://doi.org/10.1044/jslhr.4006.1245>
- Valdizán, J. R., Rodríguez-Mena, D., y Díaz-Sardi, M. (2011). Expressive language disorder and focal paroxysmal activity. *Revista de neurología*, 52, S135-40.
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases* (10th Revision)
- World Health Organization (2019). *International classification of diseases* (11th Revision)