



IV JORNADA SOBRE TEL

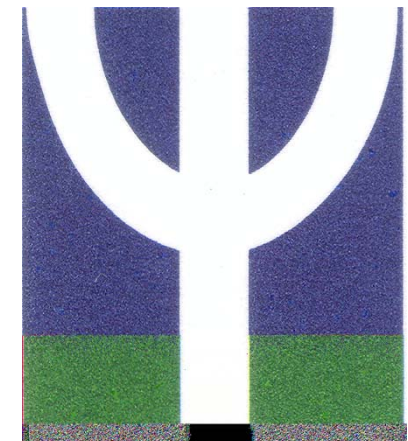
3 de octubre de 2009



UNIVERSIDAD
POLITECNICA
DE VALENCIA

los límites del TEL: inestabilidad, cambio y acumulación

Gerardo Aguado



TEL, UN DIAGNÓSTICO “INESTABLE”

Criterio de lenguaje

–1,25 dt, 10,56% (Leonard, 1998)

**–2 dt (2,28%) en un solo tests y –1,5 dt (6,68%) en dos tests
(Bishop, 1997, con un fin investigador)**

**–1 dt (15,87%) frecuente en investigaciones actuales (por ejemplo,
Conti-Ramsden, Simkin y Botting, 2006)**

pc≤15 (≈ –1 dt) en 2 de 3 pruebas (Bishop, Dale, Price y Plomin, 2003)

Criterio de CInoV

Constatación de que 1/3 de los niños con TEL muestran un CInoV inferior a 85 unos meses después de su identificación como TEL (CInoV>85) (Cole, Schwartz, Notari, Dale y Mills, 1995; Conti-Ramsden, 2002)

Problema: ¿TEL a los 5;0 y no TEL a los 6;4 en el mismo niño?

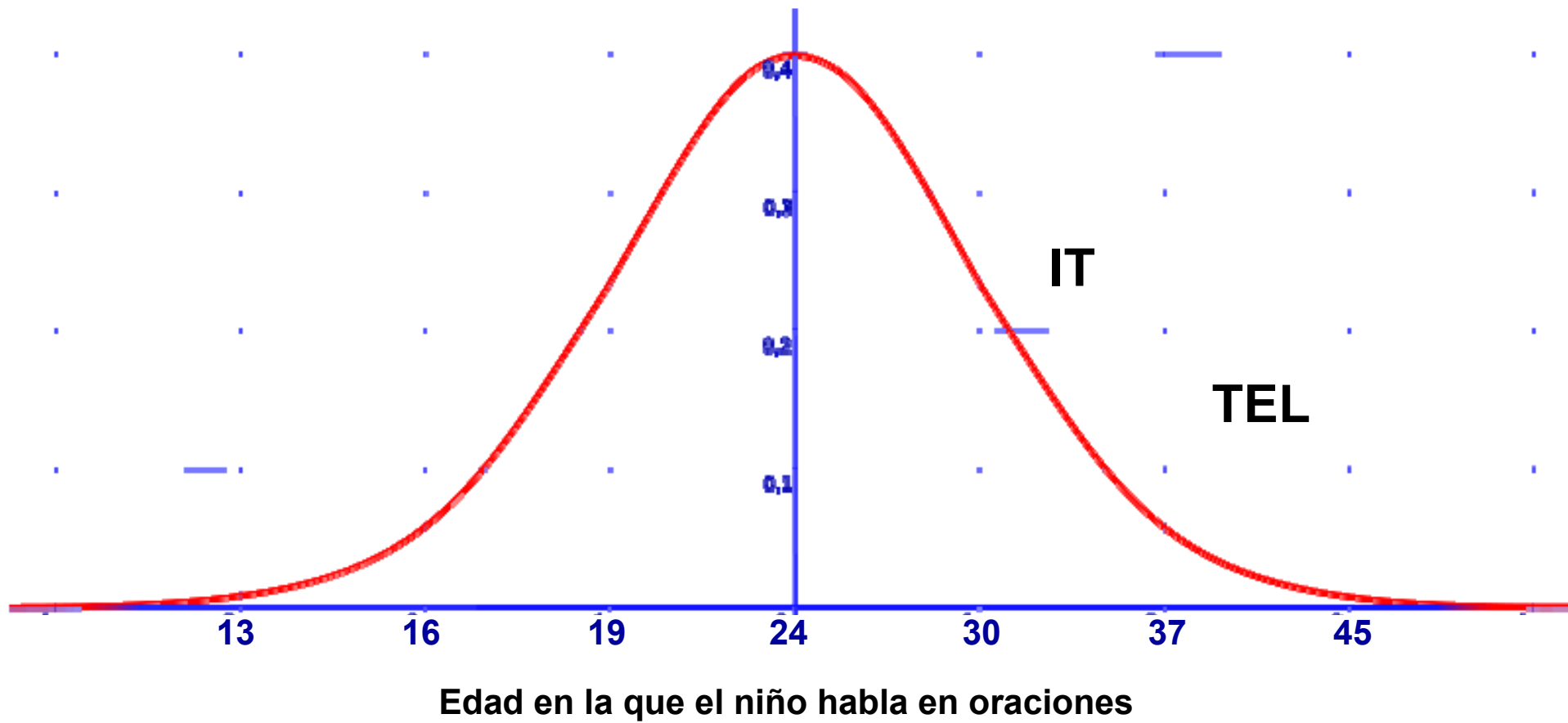
Propuesta de Plante (1998): CInoV>70

CONCEPTO DE TEL

La conceptualización del TEL se enfoca desde dos grandes perspectivas

1. Trastorno cualitativamente distinto resultado de una deficiencia genética que afecta a un sistema especializado para el aprendizaje de la sintaxis (Gopnik y Crago, Van der Lely, etc.)
2. Las dificultades transitorias y persistentes son puntos de un *continuum* de severidad, con el TEL como la cola de una distribución normal de la capacidad de lenguaje (Leonard, y, en general, todos los que conciben la limitación de procesamiento como el origen del TEL)
 - lo que no significa que no haya limitación de ciertos sistemas, sino que esa limitación afecta más o menos a todos los usuarios del lenguaje

el inicio tardío



REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA SOBRE IT (Desmarais, Sylvestre, Meyer, Bairati y Rouleau, 2008)

Los criterios de Rescorla y Ratner están planteados a partir de muestras heterogéneas respecto de la edad

- se hizo con niños de 24 a 31 meses**
- tener menos de 50 palabras a los 24 o a los 31 meses es totalmente diferente**

No se ha tomado en cuenta la comprensión; en general los estudios sólo se refieren a la producción léxica

- a pesar de su papel esencial en el desarrollo del niño: fundamento de las habilidades expresivas, asociación con el desarrollo cognitivo**

Actualmente se ha empleado el CDI (Girolametto y cols., 2003): una $pc < 5$ en el vocabulario

Necesidad de hacer subgrupos, al menos 2: expresivos y mixtos

- probablemente se deberían hacer otros en función de la gravedad**

RESULTADOS: APRENDIZAJE DEL LÉXICO

No hay diferencias cualitativas entre IT y DT, pero sí cuantitativas

- la proyección (*mapping*) de secuencias fonológicas en sus correspondientes referentes (objetos, acciones, lugares, personas) exige más tiempo en IT que en DT**

VARIABLES FONÉTICAS Y FONOLÓGICAS

- IT menos habladores**
- inventario fonético más reducido**
- estructura silábica más simple (CV o V, normalmente)**

VARIABLES COMUNICATIVAS

Intentos comunicativos

- **menos actos comunicativos (vocalizaciones, palabras, etc.) como consecuencia de su menor lenguaje expresivo**
- **sin embargo, la cantidad de interacciones sociales y conductas reguladoras son comparables a la de los niños con DT**
- **resultados no concluyentes respecto a las conductas de atención conjunta**

Gestos comunicativos (símbolos enactivos)

- **parece que se observan menos gestos comunicativos en niños con IT y dificultades de comprensión**
- **si sólo se trata de IT expresivo, no se observa ninguna discrepancia con DT**

OTITIS MEDIA

A pesar de ser uno de los criterios a tener en cuenta para el diagnóstico de TEL,

- no se ha encontrado ninguna relación entre la presencia de esta afección y el IT**
- sin embargo, si se dan otras variables asociadas, como un entorno muy poco estimulante, o un nivel bajo de educación de los interlocutores significativos, se puede aumentar el efecto negativo sobre la adquisición del lenguaje**
- ya que las otitis recurrente interfiere en calidad de la señal verbal que el niño recibe, se ha encontrado influencia en la articulación de ciertos sonidos**

Historia familiar de retraso en la adquisición del lenguaje

- es 3 veces más probable encontrar antecedentes con retraso en la adquisición del lenguaje en IT que en DT
- en los estudios con gemelos (Bishop, desde 1991) se ha encontrado una evidente asociación, pero para los trastornos persistentes parece haber más influencia de los factores familiares ambientales que genéticos

Estimulación

- similitud de rasgos del lenguaje dirigido a IT y a DT
- sin embargo, hay diferencias:
 - mayor diferencia entre LME de padres y LME de niños en IT
 - menos respuestas de los padres a las iniciaciones de IT

Variables sociológicas

- nivel socioeconómico y cultural, estilos educativos de los padres, conductas relacionadas con la salud (tabaquismo durante y después del periodo de gestación), características personales del niño, etc.

no muestran relación con el IT

- y si la hay, es indirecta (Desmarais et al., 2008)

Relación significativa con el IT (Zubrick, Taylor, Rice y Slegers, 2008)

- *historia familiar*
- *sexo*
- *desarrollo neurobiológico temprano* (medido por medio del peso al nacer)

del IT al TEL

CARACTERÍSTICAS DE LA MUESTRA

(Dale, Price, Bishop y Plomin, 2003)

- **4193 parejas de gemelos de las 15906 nacidas en Gales e Inglaterra durante 1994-1995**
- **9,6% (802 niños) con IT: $\leq pc10$ en Vocabulario del CDI a los 2;0**
 - **12,8% ♂ y 6,5% ♀**
 - **monozigóticos 11,4%, dizigóticos 8,6%**
 - **madres de IT menos nivel educativo, aunque el tamaño del efecto es muy bajo (gran variación intragrupos)**
 - **sin relación IT con otitis media**
 - **nivel cognitivo no verbal más bajo en IT, pero con gran variación intragrupo ($\eta^2=0,058$)**
- **bajo vocabulario se acompaña de nivel bajo de desarrollo gramatical**
 - **96% de IT no combina 2 palabras vs 29% DT**

RETRASO PERSISTENTE

Retraso persistente: \leq pc15 en, al menos, 2 de las 3 pruebas

- **vocabulario del CDI**
- **gramática del CDI**
- **lenguaje abstracto: comprensión de preguntas “por qué”, “cómo”, etc., utilización de nombres de figuras geométricas, utilización de ciertas perífrasis verbales, etc.**

Resultados:

- **IT a los 2;0**
 - **44,1% (3;0) y 40,2% (4;0)**
- **DT a los 2;0**
 - **7,2% (3;0) y 8,5% (4;0)**
- **riesgo relativo 6,1 (3;0) y 4,7 (4;0)**
(probabilidad de que los niños con IT tengan un retraso persistente en comparación con los DT)

Cuando se adopta un criterio más restrictivo (\leq pc5), los resultados no son significativamente diferentes

CONCLUSIONES

El IT es un riesgo cierto de TEL, PERO

- **la relación de varias medidas a los 2;0 con los resultados a los 3;0 y a los 4;0, aun siendo significativas, muestran mucha variación intragrupo (η^2 muy baja), lo que las hace muy poco útiles para discriminar si el trastorno va a ser persistente o transitorio**
- ***la predictibilidad a partir del IT es muy escasa***

Esta predictibilidad no mejora con las variables sexo y educación

- **es más probable que los niños muestren un IT en relación con las niñas, pero una vez dentro del grupo IT la probabilidad de que persistan en un TEL es sólo ligeramente superior a la de las niñas**

La predictibilidad es mayor con relación a los 4;0 que a los 3;0

- **vocabulario y desarrollo cognitivo no verbal**

El hecho de que haya sido una muestra de gemelos parece no influir en los resultados, ya que son similares a los encontrados en muestras de niños no gemelos

***formas clínicas: estabilidad
y cambio***

¿RETRASO O TRASTORNO?

- Dependencia de un diagnóstico retrospectivo

- Simplificación:

 - esta dicotomía no da cuenta de las variadas formas en que los niños con TEL pueden diferir de los normales

 - ajustes de los niños con TEL a las demandas comunicativas del entorno: formas que pueden parecer desviadas no son sino producto de esos ajustes

- En niños con TEL no se encuentran conductas lingüísticas que no hayan sido observadas en niños normales

- Es trivial hablar de retraso; un TEL no puede empezar de otra forma que no sea un retraso

RETRASO Y TRASTORNO

- *Formas en las que los niños con TEL difieren de los normales*

- retrasos evidentes (¿hasta cuándo debe considerarse retraso un retraso?)

- mesetas: niveles relativamente estáticos antes de dominar ciertas estructuras o formas lingüísticas

- perfiles disarmónicos

- frecuencia anormal de uno o varios errores

- diferencias cualitativas respecto a los niños normales

PROYECTO NUFFIELD 1995-2000 (Conti-Ramsden y cols.)

n = 242 niños con TEL

Seguimiento desde los 7 a los 11 años

Asisten a unidades de lenguaje y a colegios especiales

88,5% siguen con TEL a los 11 años:

- *Vocabulario expresivo*
- *Gramática*
- *Lectura*
- *Comprensión del lenguaje oral*

Además,

el 31% muestran a los 11 años unas habilidades cognitivas no verbales por debajo del CI 85,

y el 9% se han desplazado hacia el espectro autista.

TRANSICIONES DE CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS (Crespo, 2002)

<i>Sujetos (n° de orden)</i>	Programación fonológica	Dis praxia verbal	Agnos ia verbal	Fonológico si ntác tico	Léxico si ntác tico	Sem ántico pragmático	
16	→						
19		→					
23			→				
25			→				
4					→		
5	→					→	

DOS TIPOS DE TRASTORNOS

1. Limitaciones en la forma del lenguaje

Origen: déficit en los procesos de bajo nivel

Límites borrosos entre retraso y trastorno

Afectación secundaria (en general) del contenido

2. Limitaciones en el uso del lenguaje

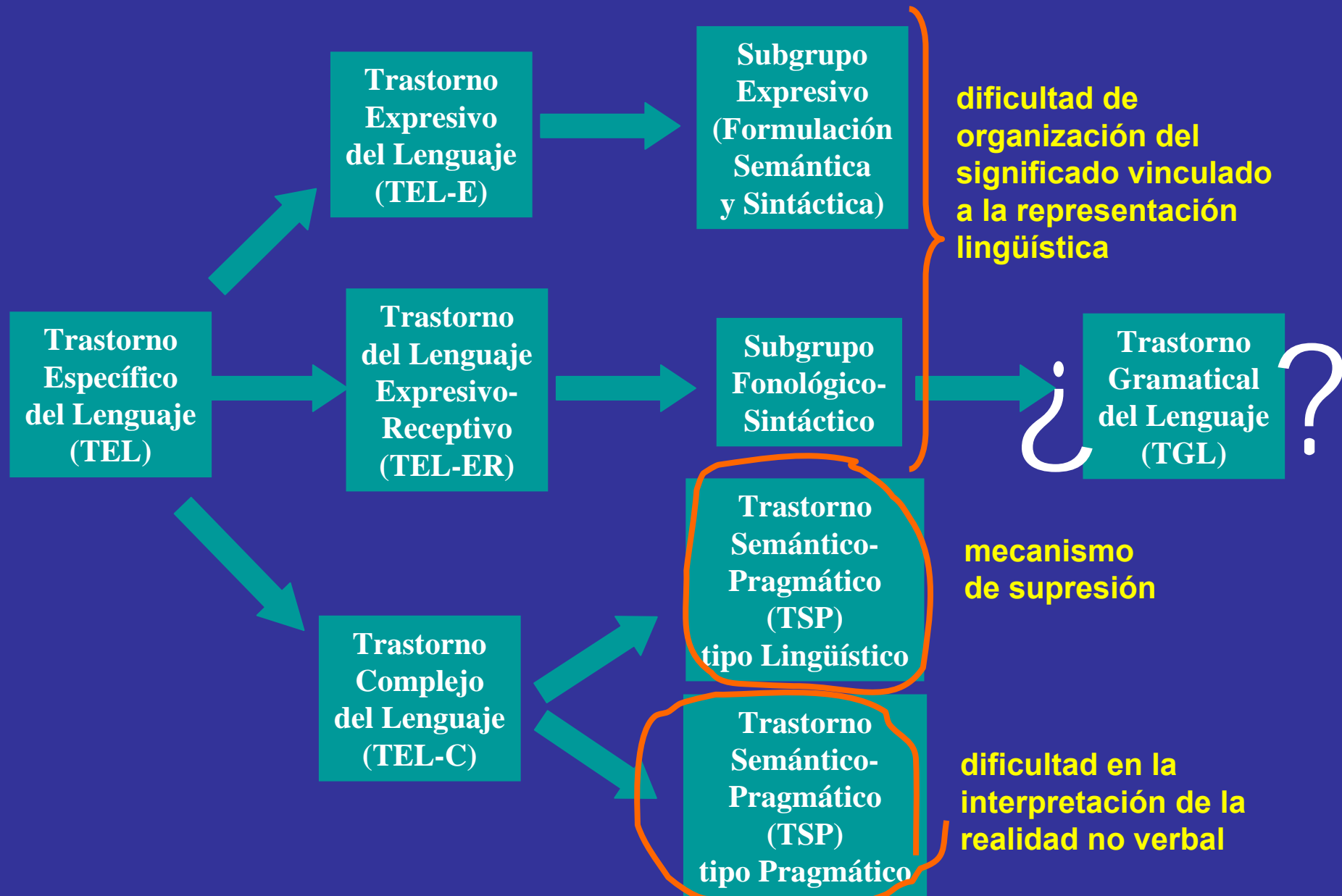
Origen: déficit en los procesos de alto nivel

Déficit más antiguo en la ontogénesis

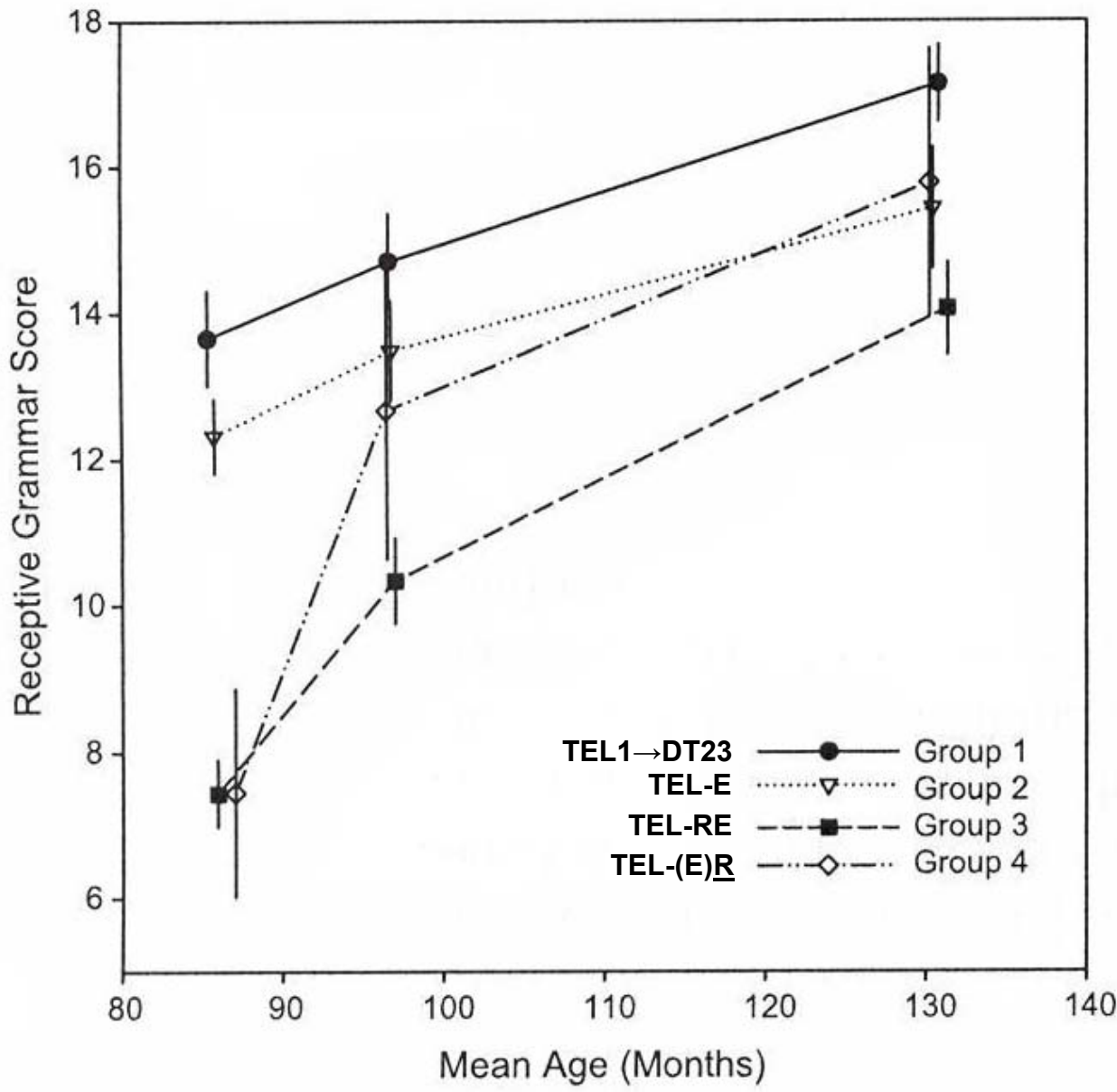
Evidente carácter de trastorno, evidente en la conversación, pero menos en las pruebas estandarizadas

Afectación primaria del contenido asociada a la del uso

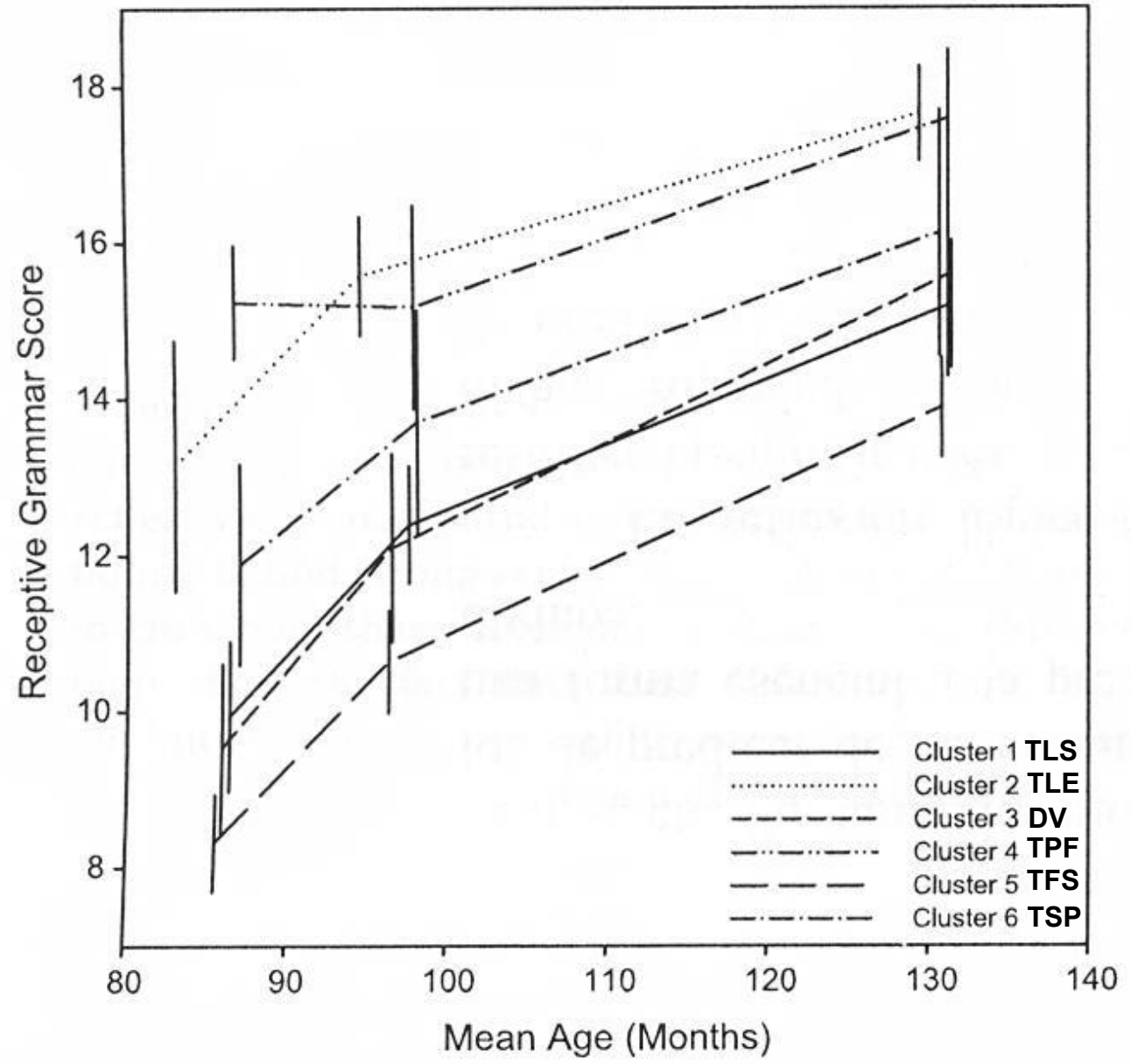
Una solución razonable (Conti-Ramsden, 2000)...



TRAYECTORIAS EN UN TEST DE COMPRENSIÓN (TROG)



TRAYECTORIAS EN UN TEST DE COMPRENSIÓN (TROG)



CONCLUSIONES

Las diferencias entre las distintas formas clínicas están en el inicio

(en el grupo 4, TPF, no ocurre eso porque está muy alto desde el principio)

No hay diferencias entre grupos en la trayectoria de los resultados en el test de comprensión

· ¿sigue el lenguaje espontáneo la misma trayectoria?

Parece que el vocabulario y la gramática seguirían la misma trayectoria

Tratándose sólo de un retraso al inicio, no se alcanza la normalidad por la declinación del progreso, evidente en las trayectorias

Resultados compatibles con la idea de que la discusión retraso-trastorno no tiene sentido

- **el TEL, y otros muchos trastornos, empieza siendo un retraso, inevitablemente**
- **no se puede empezar de otra manera**

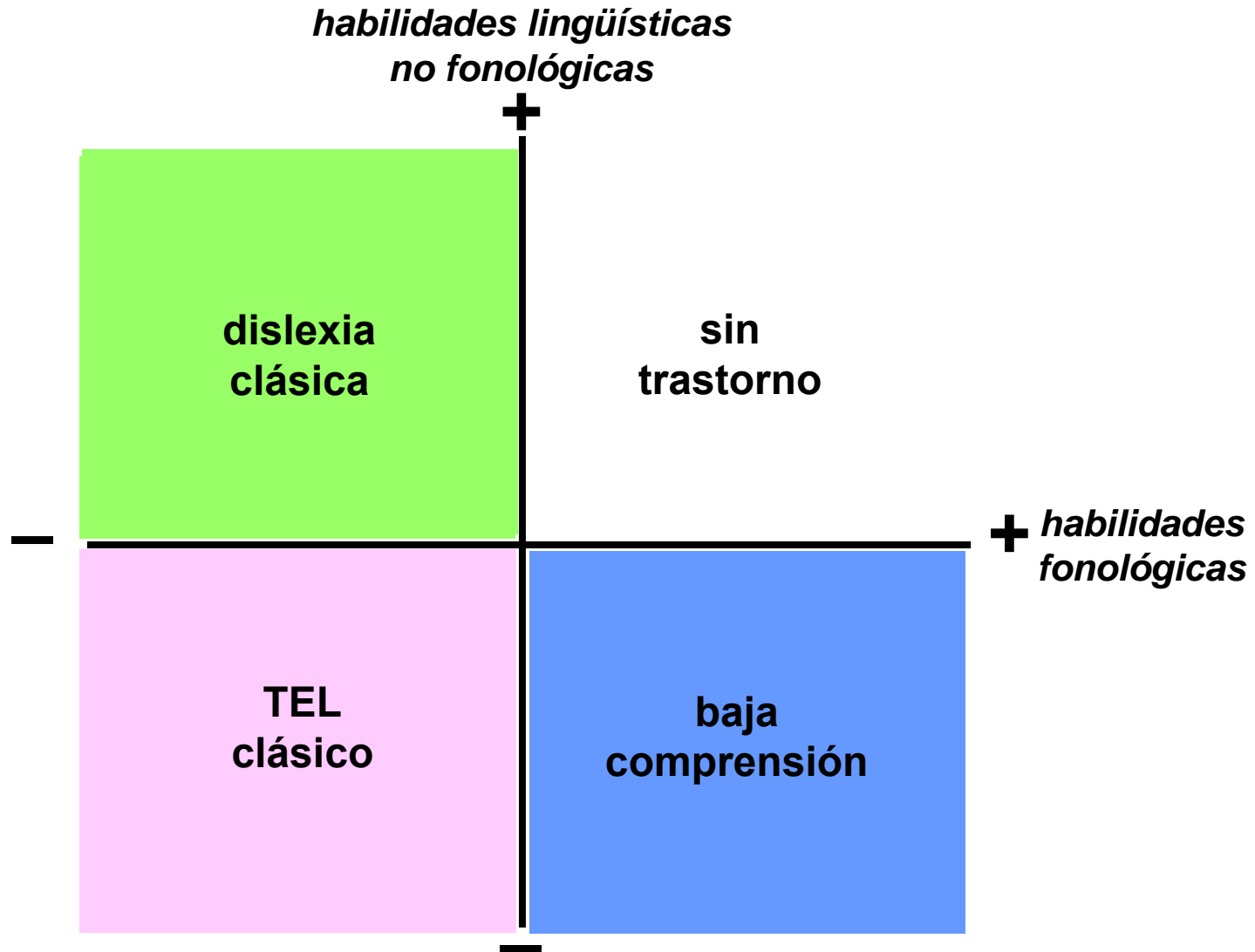
Lo discutible sería extender estas trayectorias a todas las dimensiones del lenguaje y a todos los momentos

Estos datos no permiten identificar unos elementos diagnósticos que justifiquen una clasificación ortogonal, con formas clínicas independientes, en un momento dado

- **sólo la gravedad del inicio parece predecir la situación de una forma clínica respecto de las demás**

del TEL al trastorno del lenguaje escrito

MODELO BIDIMENSIONAL DE LA RELACIÓN TEL-TLE (Bishop y Snowling, 2004)



¿MISMO ORIGEN DEL TEL Y DEL TLE?

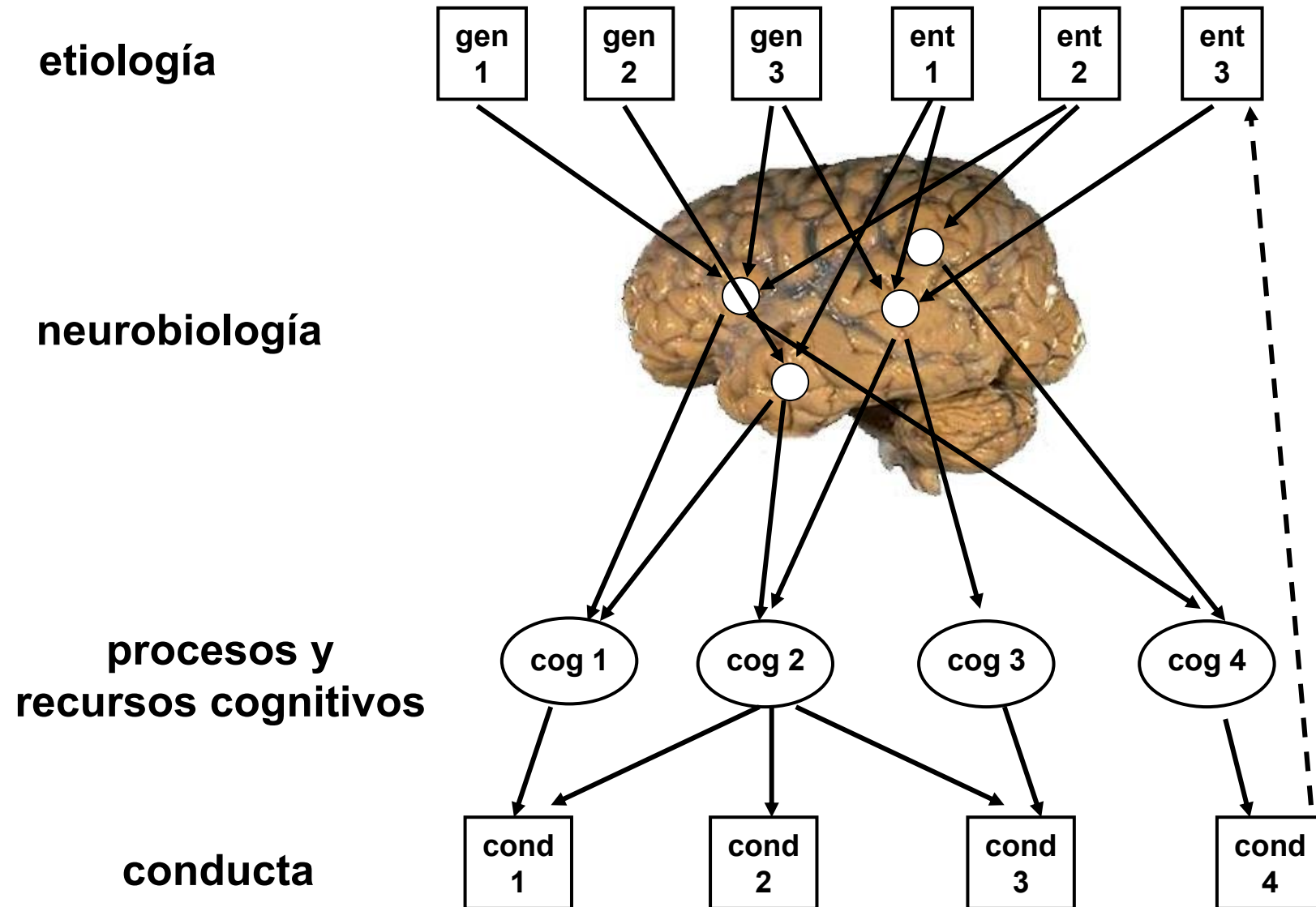
El camino de la etiología a los procesos cognitivos que dan cuenta de las conductas, alteradas o no, distan mucho de ser directos

- no se encuentra correspondencia uno-a-uno entre etiología, neurobiología y procesos cognitivos**

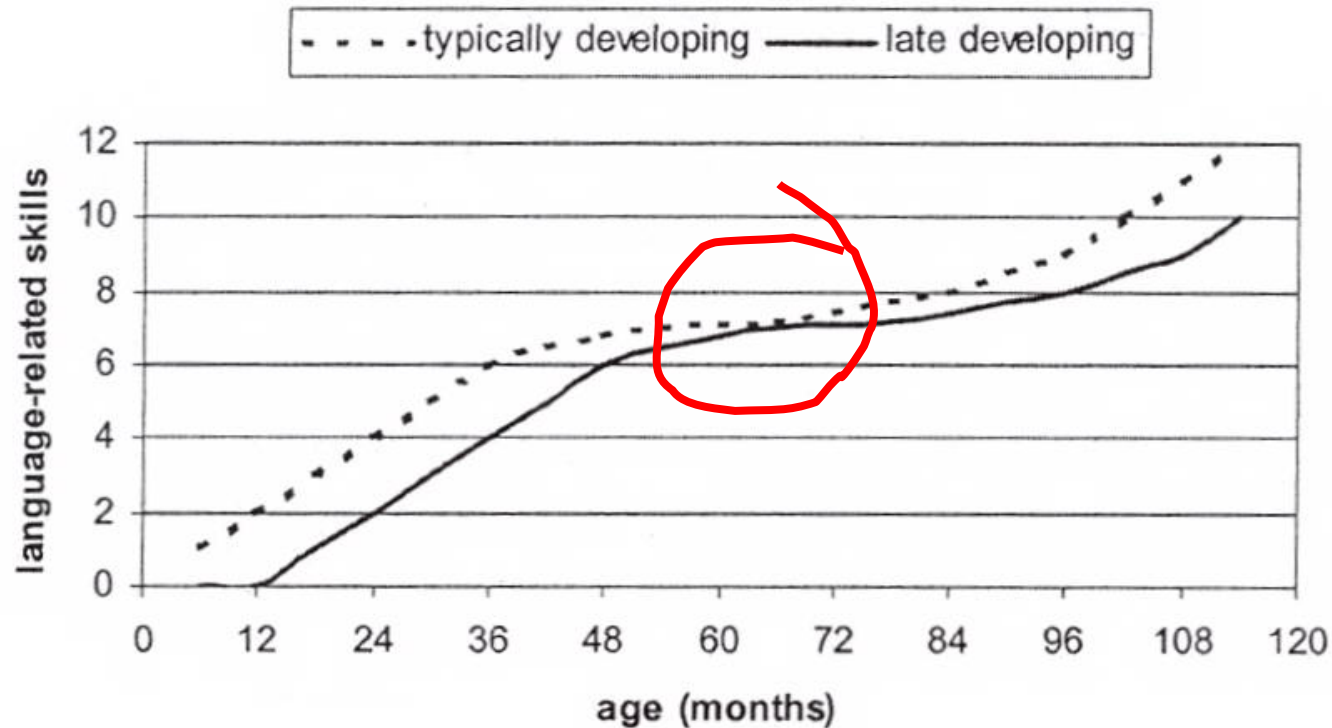
Pero eso sucede también en enfermedades que parecerían mostrar unas relaciones más estables

- la esclerosis tuberosa es un fenotipo que puede estar causado por mutaciones en los cromosomas 9 ó 16**
- al revés también ocurre: la neurofibromatosis tipo I (trastorno autosómico dominante) presenta cuadros clínicos diferentes con serias anormalidades cerebrales en unos individuos y aparentemente ninguna en otros**

NIVELES DE CAUSACIÓN DE LOS TRASTORNOS EVOLUTIVOS



RECUPERACIÓN ILUSORIA (Scarborough y Dobrich, 1990)



eje y: constructo teórico que abarca los logros en el lenguaje oral y en el escrito; la consideración de partida es que ambas modalidades de lenguaje son parte del mismo proceso

Al principio se produce un IT en algunos niños que parecen ponerse al nivel de los que muestran un desarrollo normal, cuando éste llega a la meseta que parece típica a los 5-6 años, a lo que sigue los déficits en el aprendizaje del lenguaje escrito, consecuentes a un IT que ha derivado en un TEL, aunque sea en su forma más leve.

CUESTIONES DIAGNÓSTICAS: DISCREPANCIA

Diagnóstico basado en la discrepancia para el TEL y la DE

- ambos trastornos ocurren en ausencia de una capacidad cognitiva general baja (especificidad del trastorno)**
- el criterio se cumple cuando una persona obtiene una puntuación baja en lenguaje o en lectura y muestra una capacidad cognitiva normal o alta**
- son los criterios de la OMS (CIE-10) y de la APA (DSM-IV)**
- no se especifican qué tests deben emplearse para evaluar la lectura y el lenguaje**
- para el TEL la capacidad cognitiva es la no verbal**
- en el caso de la DE no existe un acuerdo tan generalizado; a veces se emplea el CI no verbal y otras el CI total**
- pero el empleo del CI verbal puede bajar a partir del trastorno de lectura (principio de S. Mateo)**
- y si el CI no verbal está tan poco relacionado con la lectura ¿por qué emplearlo como predictor de la DE?**

CONTINUIDAD TEL-TLE: DATOS CONDUCTUALES

Aunque algunos problemas de lenguaje sean consecuencia de una lectura limitada, es evidente que los déficits de lenguaje son anteriores a los de lectura

Muchos niños con DE tienen o han tenido déficits de lenguaje oral

Pero otros muchos no satisfacen los criterios de TEL porque sus problemas de lenguaje no son severos ni persistentes

El perfil de los problemas de lenguaje escrito de los niños con TEL muestra alguna diferencia respecto de los que tienen DE

- el rasgo diferenciador más importante es la dificultad de comprensión lectora de los niños con TEL**

¿Son sólo cuantitativas las diferencias entre TEL y DE?

ETIOLOGÍA

TEL y DE son trastornos etiológicamente complejos con una fuerte base genética

- DE:**
- la influencia genética es más marcada en los casos que implican déficits fonológicos
 - las formas ligeras y menos específicas de trastorno de lectura pueden estar más influenciadas por el ambiente que por los genes

A pesar de que el fenotipo de ambos trastornos se solapan, no se ha encontrado hasta la fecha parecido solapamiento genético

- los análisis moleculares dan cuenta de vínculos genéticos en ambos trastornos, pero implican *loci* diferentes
 - DE: 6p, 2p, 3p, 18p, 15q21, 13q
 - TEL: 16q (RPP), 19q (L Exp), exón 14 de FOXP2 7q31 (familia KE)

Es necesario refinar el fenotipo de grupos, no de sujetos aislados

- por ej.: posibilidad de que la dificultad en RPP sea heredable en ambos trastornos (Bishop, Adams y Norbury, 2004)

NEUROBIOLOGÍA

Acuerdo sobre la asociación de TEL y DE con anomalías en el desarrollo neurológico temprano más que en lesiones adquiridas precozmente durante la vida extrauterina

- control genético del ritmo temporal de los procesos de la migración neural temprana, cuyo déficit lleva a patrones de conectividad no óptimos (displasia cerebral y ectopias)**

Pero la similitud encontrada en la RMf puede ser más un producto del trastorno de lectura que una explicación de su causa

Los estudios neurobiológicos contrastan con los conductuales

- más que hacer una sola de las categorías TEL y DE (datos conductuales), lo que hacen es distinguir entre dificultades relativamente puras de lectura y las que están asociadas a limitaciones más generales de lenguaje**

También para estos estudios es necesario refinar mucho más el fenotipo por medio de grupos muy bien seleccionados

PROCESOS COGNITIVOS

¿PROCESAMIENTO FONOLÓGICO COMÚN A TEL Y DE?

Conciencia fonológica

habilidad para comparar, segmentar y discriminar palabras habladas a partir de su estructura fonológica

- una conciencia fonológica deficitaria subyace a la DE y también se comprueba en el TEL
- sin embargo, no se ha demostrado que la relación, en el caso de la DE, sea causal, ya que la conciencia fonológica puede estar influida por la lectura
- cuando los niños comienzan a leer su conciencia fonológica aumenta significativamente (en fonologías transparentes)
- además, la intervención en conciencia fonológica no siempre es efectiva para resolver la DE, o lo es escasamente
- la conciencia fonológica ha sido sobreenfatizada como causa de la DE; otros factores influyen en las dificultades para la proyección de fonología en la ortografía

PROCESOS COGNITIVOS

¿PROCESAMIENTO FONOLÓGICO COMÚN A TEL Y DE?

Procesamiento auditivo de bajo nivel (trabajos de Tallal)

- se aplica actualmente también a la explicación de la DE
- fuerte y contundente respuesta a esta perspectiva (método, resultados, eficacia del *FastForWord*, etc.)
- el déficit auditivo temporal no es ni necesario ni suficiente para explicar los trastornos del lenguaje

Memoria fonológica

- Probablemente es la habilidad que más interés tiene cuando se estudia el origen fonológico de las dificultades en el lenguaje escrito y en el TEL
- las dificultades en RPP persisten aun cuando las consecuencias conductuales hayan sido subsanadas (ofrece más resistencia a la influencia de las habilidades lectoras)

COMPONENTE SEMÁNTICO: LA BAJA COMPRENSIÓN

Los niños con BC y DE son similares en:

- **déficit en memoria verbal de trabajo**
- **dificultad en la denominación de objetos cuyos nombres son poco frecuentes**

Pero la naturaleza del problema es diferente en ambos grupos

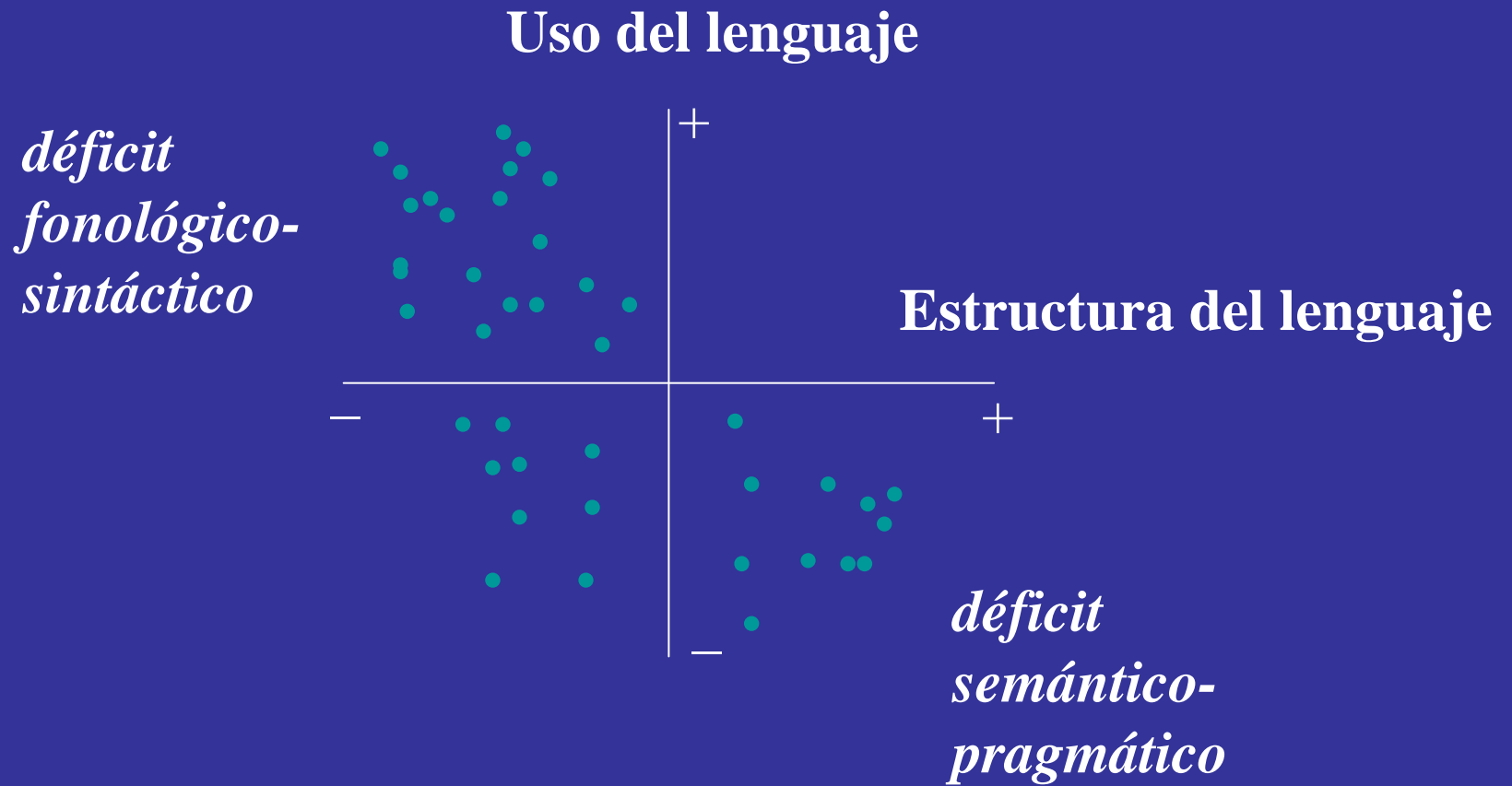
- **los niños con BC son deficitarios en la capacidad de memoria de palabras abstractas**
- **los niños con BC no cometen errores fonológicos en la denominación rápida, sino errores visuales o no responden**

Un buen número de niños con BC (17%-35%) satisfacen los criterios de TEL

- **pero su buen funcionamiento en fonología sugiere que son etiológicamente distintos**
- **esta paradoja se resuelve con el modelo bidimensional**

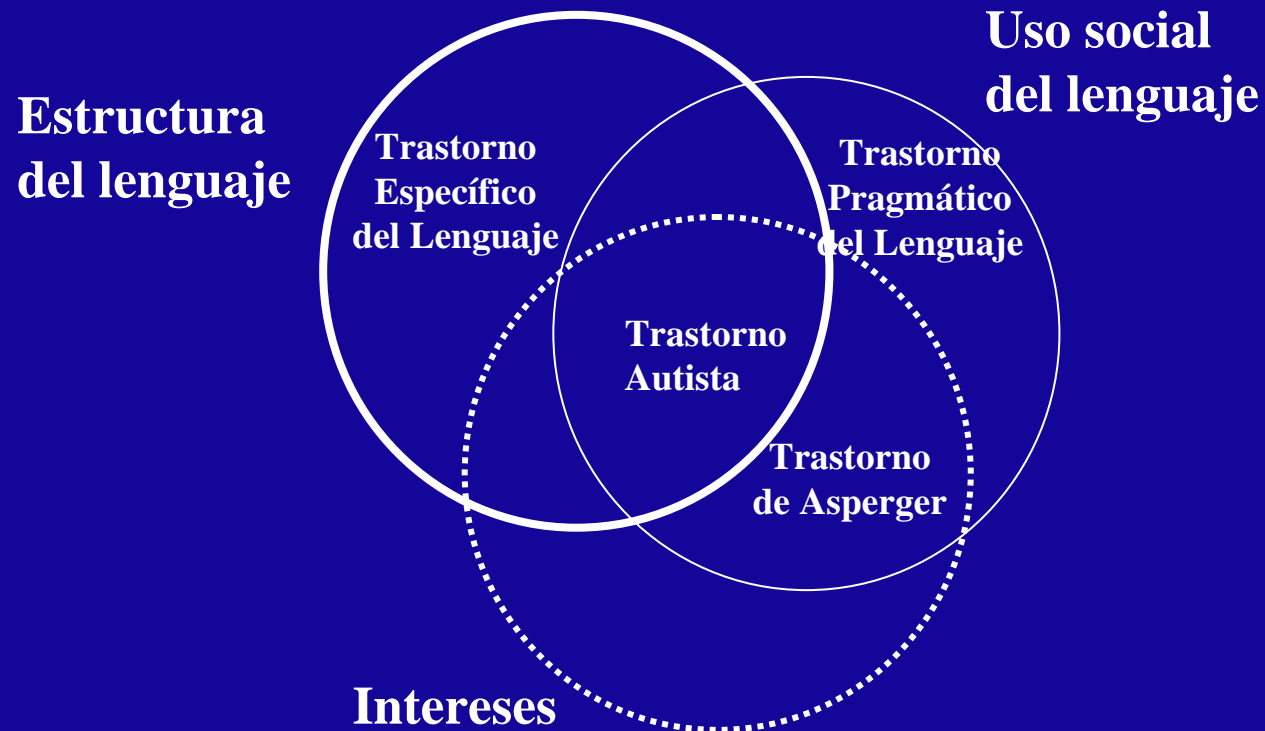
TEL y autismo

CONTINUIDAD DE LOS TRASTORNOS DEL LENGUAJE (Bishop, 2000)



RELACIÓN ENTRE TRASTORNOS DE LA FORMA Y EL USO DEL LENGUAJE Y LA RESTRICCIÓN DE INTERESES

(Bishop, 2000)



TEL-TSP Y TEA-TGDnE: FRONTERAS Y RELACIONES

Existencia del TSM en niños con TEL y con TEA

- tipo *plus* en el trastorno complejo del lenguaje (Conti-Ramsden, 2000)
- TSP en niños con autismo (Rapin, 2008)

Bishop y Norbury (2002)

- los niños con trastorno pragmático del lenguaje (TPL) se extienden por todo el TEA
- en el grupo de TEL algunos niños no considerados como TSP mostraban algunas o todas las características del TEA

Problemas de estabilidad en el diagnóstico del TEL frente a la estabilidad del TEA (Aguado, 2009)

(En el TEA se incluyen el TGDnE, el trastorno de Asperger y el trastorno autista)

TEL Y AUTISMO: MÉTODO

N=76 (de la muestra original del proyecto Nuffield, ahora Conti-Ramsden Manchester Language Study)

- todos cumplen los criterios de TEL al menos en una edad: 7, 8, 11 ó 14 (CInV \geq 80, -1d.t. en un test de lenguaje y criterios de exclusión)
- media=14;6, 76,3% ♂ y 23,7% ♀

Se vuelve a evaluar en el momento de la investigación y se tienen en cuenta los mismos criterios (WISC-III, CELF)

- 46,1% → TEL actual
- 36,8% → CInV<80, además del criterio del lenguaje
- 17,1% → CInV y lenguaje en el rango medio

Valoración del autismo con ADI-R, ADOS y entrevista sobre la historia familiar

Se valoró también la lectura (descodificación y comprensión)

TEL Y AUTISMO: RESULTADOS

Áreas de solapamiento ADI-R y ADOS:

- TEA: 3,9% (1 TEL y 2 CInV<80, L<1 d.t.)
- nTEA: 69,7% (56,6% TEL; 32,1% CInV<80, L<1 d.t.; 11,3% nivel medio)
- Perflrr **26,3%!!** (20% TEL; 45% CInV<80, L<1 d.t.; 35% nivel medio)

nTEA y Perflrr no difieren en el perfil psicolingüístico

Concurrencia de las áreas de la tríada

- se constatan muchos nTEA con dificultades en alguna de las tres áreas (entre el 19 y el 25%)
- los muchachos del Perflrr tienen todas dificultades en las áreas de interacción social y comunicación, pero no en la de conductas estereotipadas

TEL Y AUTISMO: ¿CONTINUIDAD ETIOLÓGICA O ERRORES DIAGNÓSTICOS?

Los 3 casos identificados con autismo son casos de TEL con autismo

No se dan más rasgos autistas en los muchachos con dificultades de comprensión

Sorprende la cantidad de niños con un nivel medio de lenguaje y desarrollo cognitivo en el grupo de perfil irregular de autismo (Perflrr)

Perflrr muestra un nivel adecuado de descodificación en lectura junto a una pobre comprensión

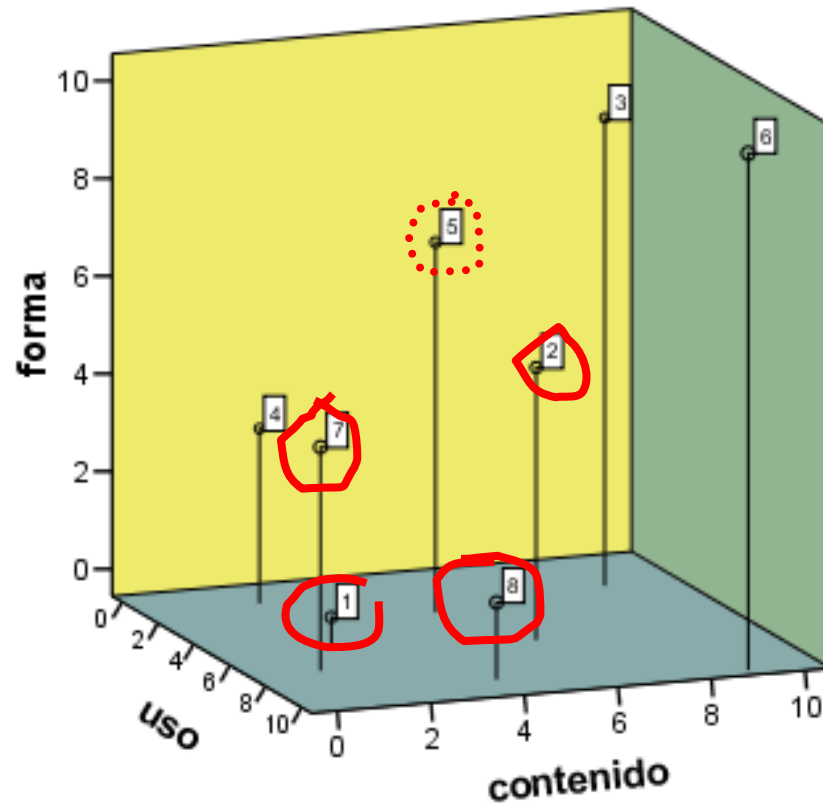
- este perfil no es frecuente en el TEL, pero sí encaja bien con lo que se conoce del autismo**

Los resultados sugieren el desarrollo de conductas cada vez más parecidas a las autistas a través del tiempo

Hay continuidad etiológica entre TEL y TEA, debida probablemente a que comparte factores de riesgo

- el riesgo es 10 veces mayor entre los que muestran TEL que en la población general**

¿A QUÉ LLAMAMOS TEL?



TEL, salud emocional y habilidades sociales

TEL Y SALUD EMOCIONAL

En estudios previos (Beitchman et al., 2001) se ha encontrado que un 35% de niños diagnosticados de TEL a los 5 años muestran trastornos de ansiedad (fobia social) y ciertas actitudes antisociales (sólo en varones) 14 años más tarde

- *pero el 65% no mostraba esos trastornos*

Hay más riesgo de TDAH

Más riesgo de acoso (13%)

Pero en un 60% se constata un buen nivel de amistad, aunque las diferencias con el grupo de adolescentes con DT son significativas en este y en otros aspectos de la vida social

**PERFIL DE SALUD EMOCIONAL EN ADOLESCENTES
CON HISTORIA DE TEL (16 años)
(Conti-Ramsden y Botting, 2008)**

Más ansiedad

- autoinforme $d=0,6$ informe de padres $d=0,8$
- mayor número de adolescentes con historia de TEL sobrepasan el umbral del trastorno de ansiedad

Más tendencia a la depresión

- autoinforme $d=0,6$ informe de padres $d=0,5$

No hay diferencias en función del sexo en el grupo con historia de TEL

Pero sí existen estas diferencias (más ansiedad y tendencia a la depresión en las chicas) en el grupo con DT

SITUACIÓN SOCIAL DEL NIÑO CON TEL

Los criterios por exclusión del TEL implican que este trastorno no se explica por limitaciones cognitivas o neurobiológicas

Sin embargo, el TEL es un trastorno de más larga duración y más generalizado que lo que se podía suponer

En el ámbito social los niños con TEL

- muestran menos habilidades para resolver conflictos,**
- responden menos a la iniciaciones sociales,**
- son más retraídos en el juego,**
- inician menos interacciones,**
- están sólo un 53% de tiempo en actividades colaborativas (la media en niños con DT es un 89%)**
- les cuesta más implicarse en interacciones en curso y duran menos en ellas,**
- son menos tenidos en cuenta como objetivo de una interacción que se inicia, etc.**

Estas conductas parecen ser debidas a las limitaciones lingüísticas, y éstas tienen relación con el desarrollo de la cognición social

CONCLUSIONES

Las sutiles diferencias entre los grupos historia de TEL y DT muestran que la cognición social y el lenguaje juegan un papel sustancial en los logros y en el bienestar social de los muchachos con TEL, y no tanto en los que muestran un DT

La influencia del lenguaje en los logros sociales es indirecta y compleja; parece que se ejerce a través de la cognición social, y ésta ha mostrado influencia tanto en la amistad como en las actividades sociales

**Hoy todos han hablado bien,
¿pero acaso es tan fácil la obra como la palabra?**

**BENITO PÉREZ GALDÓS:
*Cádiz (Episodios Nacionales, 8) 1874***