



TRASTORNOS DEL LENGUAJE: INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE DATOS

M^a Alicia ARIAS RODRÍGUEZ

M^a José IGLESIAS CORTIZAS

Paula MENDIRI RUIZ DE ALDA

Universidad de A Coruña

1. INTRODUCCIÓN.

Uno de los retos de cualquier profesional está en la calidad de sus intervenciones reeducativas. No existe una definición unánime sobre el término calidad, debido a que cada especialista lo conceptualiza en función de patrones profesionales, culturales, políticos, sociales, económicos y personales. Así, la calidad puede ser, por un lado, multidimensional y comprender una variedad de factores que dificultan su acotación conceptual; y por otro, dinámica, ya que siempre se está renovando.

Según Gallego (1999), el término de calidad conlleva una serie de características, que a continuación exponemos: 1. *Es una acción novedosa*, lo que no significa que “esté de moda” sino que se trata de un proceso continuo de mejora. Esto conlleva a indicar que la calidad es una cualidad subjetiva que se adjunta a un servicio o producto para, así, tratar de diferenciarlo de otros que permiten satisfacer similares necesidades. 2. *Es un concepto relativo*. La calidad no ha sido una necesidad nacida en el ámbito de la enseñanza, aunque hay que admitirla como una preocupación permanente en el sector educativo. Unir la calidad al ámbito de la intervención logopedia es difícil, pero para ello es preciso situar dicho concepto en un proceso continuo que va de la calidad máxima (objetivo más inmediato), a la finalidad más compleja, en donde se combinan, en distinto grado de profundidad, la funcionalidad, la eficacia y la eficiencia. En todo caso, el concepto de calidad parece gestarse entre la idea o perspectiva de quien presta el servicio (producto) y la visión de quien valora el servicio (usuario), según la utilidad o beneficios que reciba; 3. *Es un concepto múltiple*, ya que su carácter subjetivo y personal permite vislumbrar diversidad de acepciones. Por ello los profesionales, en el ámbito general, podrían identificar el concepto de calidad con el de eficacia y eficiencia en la gestión de los recursos, aunque con algunas matizaciones. Así, los docentes lo establecerían preferentemente desde una perspectiva didáctico-pedagógico, los logopedas lo contemplarían posiblemente desde un enfoque más científico-técnico y los padres probablemente advertirían en dicho concepto de calidad índices de accesibilidad, gratuidad y continuidad de la atención. 4. *No es un concepto unívoco*. Rogovski (1997) señala algunos aspectos relevantes de dicho término como son: a) Propiedad o atributo de las cosas o de las personas, capaz de distinguirlas de otras y determinar su esencia interna; b) naturaleza o carácter opuestos a cantidad; c) atributos o propiedades de la forma de hacer una cosa o de conducirse; d) centro de una escala de valores, condición que permite evaluar y consecuentemente aprobar, aceptar o rechazar cualquier cosa; y e) el grado de excelencia.

Estos cuatro aspectos conlleva a señalar que la intervención logopédica de calidad se basa en el progreso comunicativo y de lenguaje de sus alumnos, a partir de su nivel de desarrollo lingüístico, de sus propias capacidades y con referencia a su misma comunidad de hablantes. Una actuación logopédica de calidad, en el ámbito escolar, sería aquella que: atiende las necesidades comunitarias y lingüísticas de sus alumnos; facilita el acceso a sus servicios (atención en tiempo y lugar); presupone una continuidad de la atención; satisface las necesidades, expectativas e intereses de los implicados; posibilita el desarrollo de las capacidades comunitarias de los alumnos; y estipula unas determinadas normas de seguimiento en los diversos momentos del proceso.

Evaluar la calidad es, por lo tanto, un objetivo prioritario de nuestro sistema educativo y la actividad logopédica no puede permanecer aislada o al margen de esta necesidad. Debe estar dispuesta a admitir un proceso de evaluación que la permita progresar en la mejora de sus acciones, en sus aspectos más básicos como servicio escolar y como ámbito para una investigación educativa. Por tal motivo, es obvio indicar que la calidad en la intervención logopédica solo alcanza niveles razonables cuando los elementos materiales y humanos, su misma organización, los servicios que presta y la investigación que procura, son los apropiados para los objetivos que se persiguen en la comunidad escolar.

Por lo tanto, el termino calidad es indisoluble del de evaluación. Ya que, esta nos permite acreditar la calidad de una determinada intervención logopédica, para lo cual se hace necesario el establecimiento de una serie de indicadores o estándares prefijados. El principal objetivo de la evaluación no va a estar en buscar defectos en la elaboración y aplicación de los programas de intervención logopédica, sino en, una vez que se han identificado las necesidades comunitarias en los alumnos, detectar insuficiencias en el diseño y desarrollo de los programas de intervención y contribuir a la mejora de los mismos.

La complejidad de la calidad en educación, y por supuesto en el ámbito de la actividad logopédica, es evidente. La calidad admite significados diversos según personas, enfoques, grupos de interés, etc.. y está muy relacionada con las finalidades que la propia actividad logopédica tenga asignadas, según el profesional que la desarrolla. Por tal circunstancia, Gallego (1999) resume los siguientes indicadores de calidad en la intervención logopédica, exentos de jerarquía, con la intención de provocar una reflexión colectiva entre los profesionales, a sabiendas de las dificultades que la misma propuesta encierra y de las insuficiencias que pudieran achacarlas. Los diez puntos básicos son:

1.*Evaluación diagnóstica (aspecto que se desarrolla en esta comunicación)*. Dicha evaluación es el punto de partida que se inicia a consecuencia de la obtención de una información rigurosa que nos suministra el análisis sistemático de los datos obtenidos por los diferentes instrumentos empleados y mediante la observación de la conducta lingüística de un determinado sujeto.

2.*Programas personalizados*. El objetivo básico de la acción del logopeda y del diplomado en audición y lenguaje se centra en ajustar la ayuda logopédica a la individualidad del alumno. Por eso la mejor atención logopédica posible es aquella que se desarrolla a partir de programas de intervención personalizados, cuyos diseños e implementaciones habrán de estar realizados según las necesidades comunicativas del alumnado, partiendo de su grado de desarrollo y atendiendo sus expectativas y posibilidades.

Por ello, los programas para que sean funcionales, deben admitir tres características como son:
a) La utilidad, es decir, que estén diseñados a partir de las necesidades comunicativas-lingüísticas

del sujeto; b) eficacia, entendida como la capacidad para alcanzar determinados objetivos; y c) eficiencia como capacidad para alcanzar determinados objetivos en el menor tiempo, con los menores esfuerzos y con los mínimos recursos.

3. *Atención continua.* Es habitual que la intervención logopédica tenga un carácter asistemático y temporal. Esta intervención es engañosa y además improductiva. La implantación de un programa de intervención logopédica impone una actuación continua e intensiva, lo que conlleva a rechazar, por tres razones, cualquier otra intervención. A saber: 1) Es una actuación engañosa para el niño, ya que apenas le aporta ayuda a sus necesidades lingüísticas; 2) es una acción engañosa para las familias, pues genera una falsa sensación de atención y seguridad en los padres; y 3) es una intervención frustrante para el profesional, porque no dedica el tiempo imprescindible para desarrollar un programa con ciertas garantías.

4. *Intervención colaborativa.* Toda intervención logopédica implica la participación efectiva de, al menos, la familia, el tutor del alumno y el logopeda u/o diplomado en audición y lenguaje. Dicha intervención exige superar la visión individualista del experto para valorar, de forma colaborativa, situaciones y alternativas de acción, establecer previsiones en función de unas premisas previas y decidir sobre líneas de actuación conjunta.

La justificación del trabajo en equipo y la importancia de la cooperación en el desarrollo de programas de intervención logopédica de calidad, se puede resumir en las siguientes razones: a) Las dificultades comunicativas no siempre se limitan a un aspecto concreto; b) los trastornos del lenguaje suelen reclamar la actuación de diversos agentes; c) Los problemas más importantes, generalmente, son interdependientes; d) identificar las causas del problema y erradicarlas requiere de habilidades, técnicas y procedimientos compartidos; e) cuando un problema afecta a la tarea de más de una persona, es necesaria la cooperación para resolverlo. Todas estas circunstancias tienen muy presente que la calidad de la intervención logopédica no depende únicamente de la actuación del logopeda y de su buena voluntad, sino también de la efectividad de la organización establecida.

5. *Satisfacción óptima de agentes.* La calidad no puede verse desde dentro sino desde fuera, y sólo será válida si satisface las necesidades y expectativas de quien recibe el servicio, y no únicamente del convencimiento del especialista. Por lo tanto, la satisfacción comprende no sólo los materiales empleados (recursos) y el proceso (desarrollo del programa de intervención logopédica), sino también el diseño del programa (con propuestas y actividades variadas, enfoque multiprofesional, etc...).

6. *Enfoque comunicativo.* La intervención debe de ser global, es decir, desde los componentes fonológicos/fonéticos, morfosintáctico, semántico y pragmático, los cuales merecen una atención equilibrada por parte del especialista, pero admitiendo que si el fin último de la reeducación del lenguaje es la intercomunicación, debe de ser funcional y pragmático.

7. *Atención temprana del lenguaje.* Dicha atención cobra una especial relevancia que la sitúa no ya en una acción necesaria, sino en una técnica imprescindible para el logopeda y el diplomado en audición y lenguaje. Por tales circunstancias, la atención temprana se orienta en una doble vertiente como es, por un lado, la preventiva, evitando que se generen dificultades en el desarrollo comunicativo y lingüístico de los sujetos en los primeros años de vida; y por otro, la compensadora, remediando en lo posible déficits comunicativos de los sujetos ocasionados por ambientes socio-lingüísticos desfavorables.

8. *Especialistas en audición y lenguaje y logopedia.* La intervención no puede estar en manos de un personal desprofesionalizado, ni estar confiada al sentido espontáneo o la improvisación, sino que tiene necesidad de terapeutas del lenguaje preparados de una forma global.

9. *Implicación de la familia en la terapia.* Ignorar la importancia que los padres y las madres juegan en la atención lingüística de sus hijos es restringir la calidad de la intervención logopédica. Por lo tanto, se hace necesario garantizar la participación informada y congruente de los padres durante el diseño, desarrollo y evaluación de los programas de intervención logopédica.

10. *Adecuación de los procedimientos e instrumentos de evaluación.* La intervención debe poner en práctica sistemas de evaluación que permitan un seguimiento individualizado de cada uno de los sujetos, recogiendo la evolución experimentada por cada uno desde el comienzo de la implementación del programa hasta su finalización.

En resumen, la calidad en la actividad logopédica es una idea antigua que preocupa cada vez más a sus profesionales. Dicha preocupación debe concebirse desde una perspectiva de globalidad, con carácter integral y multidisciplinar. Aceptarla es comprometerse a un proyecto común y compartido. Además, dicha aceptación conlleva a verla como un continuo en el que se entremezclan la eficacia, la eficiencia, la funcionalidad y la excelencia.

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA CONDUCTA LINGÜÍSTICA.

Schiefelbusch (1986) afirma que las intervenciones son sistemas diseñados para ofrecer los contextos, medios y experiencias necesarias para el aprendizaje del lenguaje. Por lo tanto, toda intervención debe de partir de una evaluación de la conducta lingüística. Dicha evaluación es la primera fase del proceso de intervención, el punto fundamental para la toma de decisiones, que sirve como elemento privilegiado para controlar su eficacia. No se puede concebir un diagnóstico sin saber para qué se hace o sin la pretensión de lograr algún cambio.

Cuando se hace referencia a esta evaluación se asumen tres fases como son: 1) La detección del problema lingüístico inicial; 2) la valoración diagnóstica del mismo, según el contexto; y 3) las necesarias recomendaciones para la intervención. Porque una evaluación sin intervención es una actividad estéril, y la intervención sin evaluación se presenta como una tarea inútil. Por tal circunstancia no se puede olvidar que el éxito o fracaso de cualquier programa de intervención depende, en buena medida, de las técnicas, instrumentos y/o procedimientos utilizados durante la evaluación.

Antes de presentar los instrumentos de evaluación que se utilizaron en la detección de la población con trastornos del lenguaje en la provincia de A Coruña, hay que tener presente que existen factores desestabilizadores del proceso evaluador como son: 1) Identificar la evaluación con la pasación de un test determinado. El proceso evaluador no puede reducirse a la obtención de los datos que proporciona un único test. Ya que, resulta difícil poder inferir un diagnóstico definitivo por medio de una prueba estandarizada. Por lo tanto, los test ni son un fin en sí mismos ni producen diagnósticos fehacientes por sí solos. 2) Establecer el diagnóstico a partir de diversos instrumentos estandarizados. El problema está en conocer qué se puede esperar de estas pruebas, qué indican y hasta qué punto pueden ser consideradas en una toma de decisiones. Estas pruebas estandarizadas deben de servir para: detectar dificultades comunicativo-lingüísticas en una determinada población escolar (screening-cribaje); ayudar a ratificar o excluir un diagnóstico, así como a confirmar o

afianzar un pronóstico; y averiguar los cambios en la conducta lingüística del sujeto, que se producen durante la intervención. Pero, también, dichas pruebas conllevan un peligro porque son instrumentos extremadamente selectivos; no contemplan la globalidad del lenguaje, en general; los datos suelen obtenerse en situaciones artificiales y exentas de valor funcional; y en ningún caso pueden sustituir una completa evaluación del lenguaje. Y 3) Postular el “ojo clínico” y el uso de procedimientos no estandarizados como el único medio de evaluar acertadamente. El sentido común y la propia experiencia permiten a los profesionales durante el proceso de intervención hacer continuas inferencias de su práctica, que con algo de intuición y mucho de presunción, hacen posible aproximaciones diagnósticas importantes.

2.1. Trastornos del lenguaje: Instrumentos de recogida de datos.

En este artículo se pretende recopilar todos aquellos instrumentos que se utilizaron en el proyecto de investigación por equipos en formación de la Universidad de A Coruña, bajo el título de “Análisis de la incidencia de los trastornos del habla en sujetos con diferentes patologías: deficiencia motórica, deficiencia mental y autismo en la provincia de A Coruña”. Para facilitar la comprensión del mismo se exponen en dos grupos diferenciados: Los instrumentos estandarizados y los instrumentos elaborados para la recopilación de datos para dicho proyecto de investigación.

Pero antes de presentar los instrumentos, hay que tener presente tres cuestiones que influyen o condicionan la selección y creación de los instrumentos en este proyecto, nos referimos, por un lado, a *los centros educativos*, que nos proporcionaron la muestra de 461 discentes, de una población de 2000 alumnos, con edades comprendidas entre los 3 a los 18 años, que presentan trastornos del habla y del lenguaje. Los datos utilizados corresponden a los sectores educativos de los municipios de Carballo, A Coruña, Ceé, Melide, Ortigueira, Padrón y Vimianzo. Estos sectores están formados por un promedio de diez colegios de ocho unidades cada uno. Por otro lado, a *las patologías* que afectaban a los alumnos. La muestra utilizada presentaba la siguiente composición : 44 sujetos afectados con deficiencia mental; 71 sujetos autistas; 77 paráliticos cerebrales y 268 sujetos con trastornos de lenguaje. Y finalmente, *los trastornos del lenguaje* que presentaban estos sujetos.

a) Instrumentos estandarizados.

Los instrumentos que se presentan en este punto están clasificados según las siguientes áreas de conocimiento: área de la inteligencia; lateralidad; psicomotricidad manual; organización perceptiva; rendimiento en lectura y escritura; aptitudes escolares y aptitudes intelectuales; atención; relaciones sociales, autoestima, esquema corporal e imagen corporal y lenguaje. Esta última área se explicará con mayor profundidad debido el interés que presenta en este trabajo.

También cabe destacar que la selección de las pruebas está en relación con la población a estudio y los profesionales que las utilizan. Estos instrumentos son el material imprescindible de los Departamento de Orientación de cualquier centro, para suministrar datos o facilitar el diagnóstico de los sujetos que forman parte de cualquier proyecto de investigación. También hemos de decir, que pueden presentar problemas a la hora de aplicación a los sujetos con determinadas patologías, ya que los baremos de los mismos no se ajustan a la población deficitaria.

1. *Área de la inteligencia.* Es una área muy amplia en la que se presentan diferentes modalidades de recogida de datos. Nos referimos a: *Las pruebas de razonamiento abstracto y de factor “g”*

que pretenden informar sobre el potencial individual a través de tareas no verbales intentando que influya lo menos posible la educación recibida; *Las escalas de inteligencia general* como las de Wechsler (WISC y WICS-R), que intentan medir los aspectos cuantitativos y cualitativos de la inteligencia general, concepto que no ha de identificarse con el de aptitud intelectual entendida factorialmente. Además, el WISC y el WICS-R están compuestas por dos escalas: una verbal que consta de seis subtest: información, comprensión, aritmética, semejanzas, vocabulario y el complementario (dígitos); y otra manipulativa, que la componen: figuras incompletas, historietas, cubos, rompecabezas, claves y el complementario (laberintos). *Y las escalas de desarrollo intelectual* que evalúan la presencia o ausencia de automatismo intelectuales a una edad determinada.

2. *Lateralidad*. Se hace referencia al hecho de que una región de un lado del cerebro tiene mayor capacidad para almacenar y procesar cierto tipo de información que la región correspondiente del otro lado del cerebro. Las pruebas son: la batería de predominio lateral Galifret Granjon (evalúa la dominancia lateral de la mano, el ojo y el pie); lateralidad usual de Auzías (la mano); test mano-oreja de Head (mide el conocimiento del esquema corporal lateralizado).

3. *Psicomotricidad manual*. Se utiliza la prueba de Punteado de Stambak.

4. *Organización perceptiva*. La prueba idónea es el test Gestáltico Visomotor de Bender, en sus tres vertientes: la original del propio autor, la reducida de Santucci y la completa de Musterberg que incluye elementos nuevos. Es un test de copia de nueve figuras geométricas.

5. *Rendimiento en lectura y escritura*. El TALE (test de análisis de lecto-escritura de Toro y Cervera) es un instrumento de diagnóstico que permite, detalladamente y de forma descriptiva, averiguar el nivel general y las características específicas de la lectura y la escritura del niño. Está dividido en: subtest de lectura y subtest de escritura.

6. *Aptitudes escolares y aptitudes intelectuales*. En cuanto a las primeras aptitudes, el test se mide a través de tres pruebas: factor verbal, razonamiento y factor cálculo. En cuanto a las segundas aptitudes la más usual es la batería de aptitudes intelectuales de Bennett, que se mide por las siguientes pruebas: razonamiento abstracto, razonamiento verbal, razonamiento espacial, razonamiento mecánico, automatismo aritméticos, y rapidez y exactitud en tareas de tipo administrativo.

7. *Atención*. Es una capacidad importante en toda la escolaridad ya que, sin ella, no se pueden poner en juego las otras capacidades que influyen directamente en el rendimiento. Se sabe que la atención puede mejorarse con el ejercicio sistemático, y por eso debería estar en los programas de todos los cursos, de Primaria y ESO, e incluir ejercicios de atención en todas las materias, adaptándolos al contenido de las mismas y a la edad de los alumnos. Las pruebas de evaluación de la atención existen en las técnicas previamente mencionadas: en las escalas de Wechsler (las figuras incompletas y las claves); la batería DAT de Bennett (la escala CSA); las escalas de Automatismo de Rey y la prueba de dibujos incompletos. Pero existen distintas pruebas que sólo miden la atención, que son específicas de esta área: Caras; Test de percepción de diferencias de Thurstone y Yela y FI formas idénticas de Thurstone.

8. *Relaciones sociales, personalidad e intereses*. Son áreas muy importantes a explorar, pero sólo mencionaremos algunos instrumentos para recoger datos. Así en relaciones sociales: el sociograma el BAS; batería de Socialización de Silva y Martorrel. En intereses profesionales: registro de preferencias profesionales de Kuder y CIPSA (Cuestionario de intereses profesionales de

Fernández Seara y Andrade). En personalidad: EPQ (Cuestionario de Personalidad de Eysenck y Eysenck).

9. *Autoconcepto, autoestima, esquema corporal e imagen corporal.* El *Autoconcepto* es el resultado de un proceso evolutivo y social. En cuanto a la *Autoestima* es un juicio de valor, constituye la parte evaluativa del Autoconcepto. El término *Esquema corporal* aparece dentro de un contexto que le confiere características claramente madurativas, dentro del marco de referencia del desarrollo de la distinción yo/mundo exterior. El término *Imagen corporal* añade elementos subjetivos de valoración del Esquema corporal. Los cuestionarios de autoconcepto y autoestima que más usados son los realizados por Rubio, Bonet, Schiraldi, Hurter. En cuanto al Esquema e Imagen corporal, se avalúan a través del dibujo de la figura humana.

10. *Lenguaje.* El lenguaje es la vía de acceso al conocimiento, de expresión, de entendimiento, etc., sin un lenguaje codificado un sujeto tiene muchos problemas a la hora de hacerse entender por su entorno. Así pues, un niño que presenta problemas de lenguaje, probablemente tenga asociadas otras patologías, ya sean permanentes o temporales. Ésta es una de las razones por la que se ha decidido estudiar la incidencia de los trastornos del lenguaje en sujetos con diferentes patologías, especialmente en la deficiencia motórica, en la deficiencia mental y el autismo. Los instrumentos utilizados para el diagnóstico del lenguaje son muchos, pero que estén adaptados a las diferentes patologías, son muy pocos o ninguno.

Si se tienen en cuenta los niveles de lenguaje, dicho cuadro varía: a) *a nivel fonológico*, se aplica: la prueba de articulación de fonemas (PAF. Valles, 1990); registro fonológico inducido (Monfort y Juárez 1990); b) *a nivel sintáctico*, longitud media de la frase Brown, (1973), Crystal, Fletcher y Garman (1984), Pita y Arribas (1986), Foster y Guiddan (1986); c) *a nivel semántico*, fichas de vocabulario Pita y Arribas (1986), vocabulario básico infantil Sensat (1978), vocabulario usual del niño en C.I. Y C.M. de EG (Justicia, 1985); y d) *a nivel pragmático*, destacan para análisis de las funciones del lenguaje (Halliday, 1982), el CARS (Schopler y cols, 1980), el Cuestionario E 2 (Rimland, 1997), el ABC (Krug y cols. 1980), el test de LEITER, la escala de madurez social de VINELAND, los tests de lenguaje (Reynell, 1985); y la escala WESCHLER para niños.

b) Instrumentos elaborados para la recopilación de datos en el proyecto de investigación: "Análisis de la incidencia de los trastornos del habla en sujetos con diferentes patologías: deficiencia mental, deficiencia motórica y autismo en la provincia de A Coruña".

Después de la información que se facilitaba por medio de las pruebas que se ha presentado en el punto de instrumentos estandarizados, era conveniente recopilar datos de la propia muestra. Por tal circunstancia se elaboró una matriz que recogiese aquellos datos que nos parecían más relevantes del lenguaje. Pero dicha matriz general, posteriormente, se ha dividido en dos más concretas sobre las patologías de parálisis cerebral y autismo. Con estas matrices la información que se recopilaba estaba relacionada con la propia patología. Como nos interesaba recoger datos sobre el propio trabajo que se estaba llevando en la clase, elaboramos unas pautas de observación y unas fichas de control que recogen las necesidades educativas especiales.

b.1.) Una matriz general de trastornos del lenguaje y patologías (ver tabla 1). En un primer momento, y para conectar con las población que pretendíamos analizar, elaboramos una matriz general en la que se recogían todos los trastornos del lenguaje y las patologías objeto de este estudio.

| | | |
|---|------------|--------|
| Nombre. | Apellidos. | |
| Edad. | Sexo. | Centro |
| Patología. | | |
| Fecha de recogida de información. | | |
| Datos del personal especializado. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • CI. • Nivel socioeconómico: medio, bajo y alto. • Nivel de integración: total y parcial. • Patologías permanentes: • Paralíticos cerebrales: ataxia, espástico, atetósicos y mixtos. • Deficientes mentales: ligera, moderada, severa y profunda. • Autismo: ligero, moderado, severo y profundo. • Deficiencias auditivas: ligera, moderada, severa y profunda. • Trastornos del lenguaje: • Disartria: flácida, espástica, atáxica, hipertensa e hipotensa. • Dislalia: evolutiva, funcional y auditiva. • Disglosia: labial, dental, lingual, palatal y mandibular. • Disfemia: clónica, tónica, mixta, farfuleo, taquilalia y bradilalia. • Voz: hipotensa e hipertensa, afonía, disfonía (orgánica: congénita, traumática e inflamatorias; funcional: hipotensa e hipertensa). • Afasia: de Broca, de Wernicke, conductual, global, de transmisión y anomia). • Disfasia. • Mutismo. • Retraso del lenguaje: simple, moderado y severo. • Sistemas alternativos del lenguaje: SPC, Bliss, lenguaje de signos y Cued Speech (ligero, moderado, severo y profundo). • Retraso de la lectura: moderado, ligera y profunda. • Trastornos de escritura: • Dislexia. • Disortografía. • Disgrafía. • Discalculia. <p>OBSERVACIONES:</p> | | |

Tabla 1. Una matriz general de trastornos del lenguaje y patologías.

b.2. Matrices por patologías. La plantilla anterior se ajustaba bien a los datos que queríamos recoger sobre los trastornos del lenguaje y deficiencia mental, pero tuvimos que adaptarla a las patologías de parálisis cerebral y autismo. En colaboración con el equipo del centro específico, se realizó un análisis de necesidades y se recogieron los aspectos más relevantes del lenguaje en esas patologías.

Para parálisis cerebrales, vemos la tabla número 2.

| | | |
|--|------------|--------|
| Nombre. | Apellidos. | |
| Edad. | Sexo. | Centro |
| Patología. | | |
| Fecha de recogida de información. | | |
| Datos del personal especializado. | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • CI. • Nivel socioeconómico: medio, bajo y alto. • Nivel de integración: total y parcial. • Patologías permanentes: • Parálisis cerebrales: ataxia, espástico, atetósicos y mixtos. • Tipo de baba: olas, hilo y gotas. • Comprensión del mensaje. • Epilepsia. • Hidrocefalia: macrocefalia y microcefalia. • Holofrase. • Jerga. • SSAAC: SPC, Bliss, lenguaje de signos, y Cued Speech. • Temática obsesiva. • Trastornos de la conducta: labilidad emocional y agresividad. • Trastornos de la sensibilidad: frío – calor, dolor. • Trastornos visuales: nistagmus, estrabismo y agnosia visual. | | |
| OBSERVACIONES. | | |

Tabla 2. Una matriz específica para parálisis cerebrales.

Para para autismo, vemos la tabla 3.

| | | | | |
|--|------------|--------|--|--|
| Nombre. | Apellidos. | | | |
| Edad. | Sexo. | Centro | | |
| Patología. | | | | |
| Fecha de recogida de información. | | | | |
| Datos del personal especializado. | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • CI. • Nivel socioeconómico: medio, bajo y alto. • Nivel de integración: total y parcial. • Patologías permanentes: • Paráliticos cerebrales: ataxia, espástico, atetósicos y mixtos. • Deficientes mentales: ligera, moderada, severa y profunda. • Autismo: ligero, moderado, severo y profundo. • Deficiencias auditivas: ligera, moderada, severa y profunda. • Problemas del lenguaje: • Emisión de frases en situación de emergencia. • Habla funcional con palabras: telegráfica. • Hipersensibilidad auditiva. • Hiposensibilidad auditiva. • Técnicas instrumentales: lectura y escritura. • Inversión pronominal: inversión y hablar en tercera persona. • Islotes de capacidad: memoria, memoria visoespacial, memoria de cálculo y otros. • Respuestas paradójicas. • Alteración prosódica en el ritmo: taquilalia, bradilalia, entonación monocorde y volumen. • Uso de frases sencillas funcionales. • Comportamiento de trastornos auditivos: demora la respuesta, sospecha sordera infantil. • Alteraciones prosódicas en el tono: alto y bajo. • Trastornos generalizados del desarrollo: Asperger, Rett, Atípico, Trastornos graves de la personalidad, rasgos psicóticos. • Ecolalia: inmediata, demorada, funcional y no funcional. • Epilepsia. • Afasia expresiva. • Emisión de sonidos autoestimulatorios. • SSAAC. • Trastornos de comprensión: literalidad y graves problemas de comprensión. • Habilidades de comprensión. • Jerga: ininteligible, neologismos. • Mutismo: funcional, total. • Temática obsesiva del lenguaje. | | | | |
| OBSERVACIONES: | | | | |

Tabla 3. Una matriz específica para autismo.

c) **Pautas de observación en la intervención por patologías específicas.** Las áreas que se reflejan son de *Desarrollo grueso y fino* (rodar, sentarse, arrastrarse, caminar, correr, lanzar, andar a saltos, bailar, autoidentificación, localización corporal, abstracción corporal, fuerza muscular, inser-

tar bolas, atar (zapatillas, cordones, etc.), cortar, doblar y hacer figuras). *De habilidades perceptivo-motrices* (agudeza visual, coordinación y seguimiento visual, discriminación visual de forma, diferenciación visual de figura/ forma, memoria visual, memoria visomotora, coordinación muscular visomotora fina, manipulación visomotora de espacio y forma, velocidad de aprendizaje visomotor y integración visomotora). *De habilidades cognitivas* (conceptos numéricos, procesos aritméticos, razonamiento aritmético, información general, clasificación y comprensión). *De habilidades sociales* (aceptación social, respiración anticipatoria, juicios de valor, madurez social, autolesiones, estereotipias, rituales, rabietas, juego simbólico y juego participante). *De comunicación* (agudeza auditiva, descodificación auditiva, asociación auditiva-vocal, memoria auditiva, secuencialidad auditiva, aspecto prosódico, aspecto morfológico, aspecto fonético, aspecto sintáctico y aspecto pragmático). *De coordinación senso-motriz* (equilibrio y ritmo, organización espacio-corporal, habilidad de reacción y velocidad, discriminación táctil, direccionalidad, lateralidad y orientación en el espacio-tiempo). Concretamente, de estas áreas, se intenta recoger las actividades, materiales, temporalización y asiduidad con que se trabajan en el aula, en las patologías permanentes.

d) Fichas de control que recogen las necesidades educativas especiales. En el diseño de estas fichas se tiene en cuenta, *los niveles del lenguaje* (nivel de comprensión, nivel expresivo, nivel prosódico y nivel de comunicación social); *las respuestas sociales*; *la comunicación no verbal* (comprensión de la comunicación no verbal, respuestas a señales no verbales, utilización de la comunicación no verbal, expresión, juego y diversiones, juego imaginativo y de cooperación y distracciones especiales); *los hábitos de autonomía personal* (motricidad y movimiento, marcha y postura); *los hábitos de cuidado personal* (alimentación, higiene personal, vestimenta, control de esfínteres e independencia); *el Sueño*; *las habilidades* (habilidades escolares y sociales y tareas domésticas y prácticas); *las habilidades especiales* (que no dependen del lenguaje y habilidades memorísticas); *los trastornos del lenguaje* (ecolalia, utilización estereotipada de frases y afasia); *las respuestas emocionales anormales*; *la conducta difícil o socialmente inmadura*; *las rutinas y rituales*; *la resisitencia al cambio y adhesión a la rutina* y *las respuestas anormales a estímulos sensoriales* (sonidos, estímulos visuales, dolor, calor, y frío, sensaciones del movimiento de cuerpo). Todos estos aspectos fueron revisados por 13 expertos que concluyeron: la necesidad de dividir la ficha de control, pues era excesivamente larga; el apartado denominado lenguaje ha fundido los diferentes niveles que se señalaban; la comunicación social presenta suficiente entidad y longitud para presentarla como ficha control; la comunicación verbal abarca los apartados de comprensión de la comunicación verbal, respuestas a las señales no verbales, utilización de la comunicación no verbal y la expresión; el apartado de juego y diversiones engloba al juego imaginativo, de cooperación, distracciones especiales; finalmente, los apartados de respuestas emocionales anormales se incluye dentro de conducta difícil o socialmente inmadura.

En síntesis, hemos pretendido relacionar la calidad de la intervención logopédica, en su primer apartado de indicadores de calidad, en la evaluación diagnóstica con el trabajo de investigación que hemos llevado a cabo. Hemos hecho una exposición de los instrumentos de evaluación de la conducta, especialmente en los trastornos del lenguaje, punto en el que nos hemos centrado, ya que nuestro proyecto de investigación se refería a los trastornos del lenguaje en sujetos con diferentes patologías.

BIBLIOGRAFÍA

Aguinaga, G. et al. (1991). *Prueba de Lenguaje Oral de Navarra (PLON)*. Madrid:Tea.

Boehm, A. (1990). *Test Boehm de conceptos básicos*. Madrid:Tea.

- Brininks, R. H. y otros (1993). *Inventario para la planificación de servicios y programación individual (IAP)*. Navarra: Instituto de Ciencias de la Educación. Universidad de Deusto.
- Dunn, L. et al. (1986). *Test de vocabulario en imágenes Peabody*. Adaptación hispanoamericana. Madrid: Tea.
- Gallego, J.L. (1999). *Calidad en la intervención logopédica. Estudio de casos*. Málaga: Ediciones Aljibe S.L.
- Gardner, M. (1987). *Test figura-palabra de vocabulario receptivo-expresivo*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Fundación Catalana de Síndrome de Down. (1989). *Inventario de Desarrollo Battelle*. Barcelona: Fundación Catalana de Síndrome de Down.
- Goodglas, H. y Kaplan, E. (1993). *Test de vocabulario de Boston (TVB-a)*. Madrid: Tea.
- Johnson-Martin, K. G. y otros (1994). *Currículo Carolina: Evaluación y ejercicios para bebés y niños pequeños con n.e.e.* Madrid: Tea.
- Kirk, S; Mccarthy, J, y Kirk, W. (1986). *Tests Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)*. Adaptación y baremo en niños españoles. Madrid: Tea.
- Monfort, M. y Juárez, A.(1989). *Registro fonológico inducido*. Madrid: Cepe.
- Nieto Herrera, M. (1984). *Prueba de lenguaje oral. MENH*. México: Méndez Oteo.
- Reynell, J. (19 85). *The Reynell Developmental Language Scales*. Traducido al español. Madrid: MEPSA.
- Von Isser, W.D. y Kirk, S. (1980). *Prueba Illinois de Aptitudes Psicolingüísticas (ITPA)*. Adaptación española y baremo en niños hispanoamericanos. Tucson: Universidad de Arizona.
- Vallés-Arándiga, A. (1990) *Prueba de Articulación de Fonemas*. Madrid: Cepe.