

# Estudio sobre los procedimientos de identificación del trastorno específico del lenguaje

Jesús Vera 1, Berta Sánchez 2, y Juana Rodríguez 2

*1 Universidad de Valladolid, España*

*2 Consejería de Educación del Gobierno de Canarias, España*

## Resumen

Los procedimientos de estudio y tratamiento de los Trastornos Específicos del Lenguaje (TEL) son aspectos que son poco conocidos debido fundamentalmente a una serie de factores entre los que se encuentran un todavía no alcanzado consenso sobre la naturaleza del TEL, un amplio abanico de diferentes profesionales tratando de analizarlo desde posiciones marcadamente distantes como son la perspectiva clínica e investigadora y una abundante y en ocasiones contradictoria literatura relativa al mismo. Los objetivos perseguidos en este estudio han sido: a) caracterizar el tipo de profesionales que en nuestro entorno identifican y tratan el TEL; b) conocer la conceptualización del TEL que realizan dichos profesionales; c) averiguar los tipos de procedimientos de identificación del TEL en relación a los modelos teóricos declarados. Mediante una encuesta elaborada al efecto se han obtenido resultados que permiten constatar la gran diversidad de profesionales que abordan el TEL en nuestro entorno cultural; que no existe un grado de consenso suficiente entre ellos ni sobre la caracterización del trastorno ni sobre los procedimientos diagnósticos utilizados y que los diagnósticos de dichos profesionales no responden a los tres criterios básicos que en la actualidad se utilizan en la identificación del TEL: discrepancia, especificidad y marcadores de riesgo.

*Palabras clave:* Encuesta; Evaluación; Trastorno específico del lenguaje.

## Abstract

The procedures of studying and treating the Specific Language Impairment (SLI) are aspects still poorly understood mainly due to a number of factors some of them related to the circumstance of no reaching a consensus of its nature, a wide range of different professionals trying to analyze the SLI from a markedly distant perspectives such as the clinical or experimental ones and a rich and sometimes contradictory literature concerned. The objectives in this study were: a) to characterize the type of professionals in our environment trying to identify and treating the SLI; b) to know the conceptualization those professionals make on SLI c) to research on the different procedures of identifying SLI in relation to current theoretical models. Through a survey conducted we have obtained results which allow us to state that there is a wide range of professionals in addressing the SLI in our cultural environment, that there is not a sufficient degree of consensus neither on the characterization of the disorder nor on the diagnostic procedures used and that the diagnoses of the professionals mentioned do not respond to the three basic criteria currently used in the identification of SLI: discrepancy, specificity and risk markers.

*Key words:* Assessment; Specific language impairment; Survey.

---

Correspondencia con los autores: Jesús Vera [jvg@psi.uva.es](mailto:jvg@psi.uva.es)

Recibido 20 Abril 2012. Primera revisión 13 Junio 2012. Aceptado 30 Octubre 2012.

**Agradecimientos:** la obtención de los datos que han servido para la confección de este trabajo fue posible gracias a la ayuda del Comité Organizador del XXVII Congreso Internacional de la Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología, a quienes expresamos nuestro agradecimiento.

## **Introducción**

El Trastorno Específico del Lenguaje (TEL) constituye una entidad diagnóstica utilizada para referirse a individuos que durante el período de adquisición del lenguaje presentan un curso atípico en su desarrollo que se manifiesta en una alteración del proceso normal de comprensión y/o uso del lenguaje en ausencia de razones de índole biológica –déficits sensoriomotores, neurológicos, afectaciones genéticas-, psicológica –déficit cognitivo, trastornos emocionales o psicopatológicos- o sociales –ausencia de exposición por privación al lenguaje (Botting y Conti-Ramsden, 2004).

La definición anterior reúne los dos principales criterios que han sido objeto de debate en la caracterización del TEL durante bastante tiempo, por un lado los criterios de identificación por la discrepancia o disparidad entre la función afectada –el lenguaje, en este caso- y otros aspectos del funcionamiento cognitivo. Y por otro, los criterios de exclusión usados para diferenciar los sujetos con trastornos específicos no atribuibles a causas conocidas de aquellos otros sujetos cuyos trastornos lingüísticos pueden ser atribuidos a otros factores conocidos –retraso mental o pérdida auditiva, por ejemplo-. Un tercer criterio, parcialmente una variante del segundo pero no presente en la definición comentada, lo constituye la postura que defiende la presencia de marcadores cualitativos de la alteración lingüística en el TEL tales como repetición de pseudopalabras, recuerdo de dígitos, utilización de determinadas formas verbales y uso de los marcadores del plural, algunos de los cuales pueden variar en función de la lengua que se esté adquiriendo (Rice y Wexler, 1996; Owen, Dromi y Leonard, 2001; Bedore y Leonard, 2005; Bortolini, Arfé, Caselli, Degasperi, Deevy y Leonard, 2006). Su presencia no debería interpretarse por sí sola como un síntoma suficiente para identificar el trastorno sino en combinación con otros y podría estar, además, originado por diferentes causas (Conti-Ramsden y Hesketh, 2003).

Aunque el TEL parezca gozar de un relativo grado de consenso como categoría diagnóstica, como se desprende de su incorporación tanto en la 10ª Clasificación Internacional de las Enfermedades (eCIE-maps - CIE-10) como en el DSM-IV TR (Frances, Pincus y First 2001), en lo referente a su identificación a partir de criterios de discrepancia, el debate permanece todavía abierto. La forma de medir y el establecimiento de los márgenes del grado de discrepancia constituyen uno de los principales desacuerdos entre clínicos e investigadores. Mientras que los clínicos incorporan tanto juicios profesionales propios como de los progenitores sobre aspectos de las dificultades lingüísticas de los niños, o de la diferencia entre las características

del niño y el nivel de comportamiento lingüístico esperado en función de su edad o aspecto físico, el enfoque investigador defiende el uso de criterios de discrepancia de tipo psicométrico y, por tanto, pretendidamente objetivos. La utilización de uno u otro criterio produce resultados diferentes en cuanto a la identificación de los sujetos realmente afectados, ya que, tal como algunos trabajos han señalado (Stark y Tallal, 1981), el número de sujetos identificados con criterios psicométricos reducen hasta un tercio los sujetos TEL identificados con criterios clínicos. Y aunque tales resultados hayan sido destacados en repetidas ocasiones (Aram, Morris y Hall, 1993; Records y Tomblin, 1994) su evolución permanece todavía pendiente de un análisis empírico desde la aparición de los trabajos mencionados, especialmente en nuestro entorno cultural, ya que existen estudios recientes realizados en otros entornos distintos del nuestro (Skahan, Watson y Lot, 2007; Lyons, Byrne, Corry, Lalor, Ruane, Shanahan y McGinty, 2008) que destacan que los criterios fundamentalmente utilizados en la práctica clínica son los de inclusión y discrepancia y en mucha menor medida los relacionados con los marcadores de riesgo por la implicación en el diagnóstico de otros profesionales que su uso requiere. Por su parte el tercer criterio, el de la presencia de los marcadores cualitativos de TEL, no se conoce muy bien en qué grado permanece todavía alejado de la práctica clínica (Lyons et al., 2008) por lo que en este trabajo intentaremos averiguar en qué medida está siendo utilizado por los profesionales encuestados.

Las constataciones anteriores han servido de punto de partida para la realización de este trabajo de naturaleza eminentemente descriptiva y cuyos principales objetivos han sido:

- 1) Identificar los perfiles profesionales, grado de experiencia profesional y entorno laboral –público, privado- de quienes atienden en nuestro entorno cultural el TEL.

- 2) Conocer la caracterización conceptual que los profesionales encuestados hacen del TEL y, en consecuencia, el grado en el que participan de los modelos teóricos más actuales y de los resultados de la investigación, dado que existe un debate importante sobre su propia naturaleza (véase, Cole, Dale y Mills, 1990; Conti-Ramsden y Hesketh, 2003).

- 3) Conocer aspectos concretos sobre los procedimientos de identificación del TEL y su relación con los objetivos anteriores como: a quién se atribuye la responsabilidad del diagnóstico del TEL; tipos de procedimientos de diagnóstico más

utilizados; edad más frecuente a la que se diagnostica el TEL; pruebas más utilizadas; criterios de tipo cognitivo, sensorial, motor y/o emocional tenidos en cuenta en la identificación del TEL; uso de informes de otros profesionales para el diagnóstico; tipo de marcadores lingüísticos de riesgo considerados por los encuestados en el diagnóstico del TEL.

4) Analizar qué relaciones se dan entre la profesión, los años experiencia, y los procedimientos y criterios referidos en el objetivo anterior relativos a la identificación del TEL.

La justificación de la inclusión de los objetivos relativos al primer grupo radica en el hecho de que en nuestro entorno cultural la situación es todavía más complicada que en otros (Lyons et al., 2008), al verse implicados en la identificación, evaluación, diagnóstico y tratamiento diferentes tipos de profesionales debido a la muy variada oferta de formación en relación con el trastorno, desde el ámbito de la salud: médicos foniatras, médicos ORL, médicos rehabilitadores, psicólogos, logopedas, etc.; desde el ámbito de la educación: pedagogos, maestros especialistas en audición y lenguaje, psicopedagogos; y procedentes tanto de servicios públicos como privados.

Por otro lado, la propia complejidad de un trastorno relativamente nuevo, el TEL, que se constituye en una expresión refugio usada para describir sujetos con un muy diferente tipo de perfil (Botting y Conti-Ramsden, 2004) aconsejaba indagar sobre el tipo de caracterización que los profesionales hacen del TEL lo que, en cierta medida, exige medir la intensidad con la que los encuestados partían del conocimiento de los tres criterios de identificación del TEL mencionados (Lyons et al., 2008; Conti-Ramsden y Hesketh, 2003). Por último, y en consecuencia con los modelos interpretativos declarados por los encuestados, se vio necesario averiguar las técnicas y procedimientos usados en la identificación del TEL acordes con los modelos utilizados a partir de los cuales poder establecer las posibles relaciones existentes con los perfiles profesionales y la experiencia de los encuestados (Records y Tomblin, 1994).

Formuladas como hipótesis podríamos decir que bien de forma aislada o combinada esperamos que tanto la experiencia profesional como el tipo de profesión tengan consecuencias que se expresarán en resultados estadísticamente significativos en relación con:

1) El número de pruebas estandarizadas utilizadas en el diagnóstico. Mayor uso cuanto mayor sean los años de experiencia profesional. Mayor frecuencia de uso por

parte de unos grupos profesionales concretos –psicólogos p.ej.- frente a otros profesionales -logopedas, maestros, etc.

2) La edad de los sujetos diagnosticados. Sujetos más tempranamente diagnosticados cuanto mayor experiencia profesional y por los profesionales del ámbito clínico –profesiones sanitarias frente al resto-.

3) Mayor inclusión de criterios cognitivos, sensoriales, motores y socio/emocionales en la identificación del TEL cuanto mayor experiencia profesional y por los profesionales del ámbito sanitario frente al resto.

4) Mayor frecuencia de utilización de los informes de otros profesionales cuanto mayor experiencia profesional. Esperamos también efectos de profesión en el sentido de mayor inclusión de informes de otros profesionales por parte de los del ámbito de la salud respecto a los de otros ámbitos.

5) Mayor frecuencia de utilización de los indicadores de riesgo de TEL por parte de los sujetos con más experiencia y ausencia de diferencias en función del tipo de profesión.

## **Método**

### *Variables*

Como variables independientes han sido consideradas las siguientes: profesión y años de ejercicio profesional –hasta 2 años, 3 a 5, 6 a 9 y 10 ó más. Como variables dependientes: profesional al que se atribuye la realización del diagnóstico, tipo de procedimiento de identificación del TEL utilizado, edad más frecuente de diagnóstico, técnicas más frecuentemente utilizadas, criterios –cognitivos, sensoriales, motores y emocionales- tenidos en cuenta en el diagnóstico del TEL, incorporación de informes de otros profesionales en la identificación del TEL, utilización de marcadores de riesgo del TEL –pragmáticos, sintácticos, semánticos y otros.

### *Instrumentos*

Se procedió a la elaboración y distribución de una encuesta (Anexo I) basándonos en trabajos previos (Lyons et al., 2008) que se puso a disposición del mayor número de profesionales que tienen algún tipo de relación con el TEL en nuestro entorno: logopedas, psicólogos, fonoaudiólogos, maestros especialistas en el tratamiento de los trastornos de la audición y del lenguaje, foniatras, médicos rehabilitadores, etc. tanto del ámbito público como privado. Dicha encuesta estaba formada por 66 preguntas de las

cuales seis estuvieron relacionadas con la identificación de los profesionales participantes –primer objetivo-; una pregunta abierta dirigida a conseguir información relativa a la conceptualización que del TEL pudieran tener los encuestados –segundo objetivo-; en relación con los objetivos 3 y 4 descritos se crearon dos grupos de preguntas, 29 de ellas (dos abiertas, el resto tipo Likert) dirigidas a informarnos sobre los aspectos relativos a: a) profesional al que se atribuye la responsabilidad del diagnóstico del TEL; b) tipo de procedimientos de diagnóstico más utilizados; c) edad más frecuente a la que se diagnostica; d) pruebas estandarizadas más utilizadas; e) qué otros criterios de tipo cognitivo, sensoriales, motor y/o emocional se tenían en cuenta en la identificación del TEL; f) en qué medida se tenían en cuenta opiniones de otros profesionales a la hora de realizar el diagnóstico. Treinta preguntas adicionales (4 abiertas el resto tipo Likert) para obtener información relativa al tipo de marcadores de riesgo que eran considerados por los encuestados en el diagnóstico del TEL.

La encuesta fue dada a conocer a través de los Colegios o asociaciones profesionales –logopedas, psicólogos, foniatras, audiólogos, maestros especialistas en audición y lenguaje, etc.- y páginas webs de congresos de profesionales relacionados con el TEL. Dicha encuesta permaneció disponible en internet para ser rellenada durante un período de tres meses y medio.

#### *Procedimientos de control*

Como requisito previo para acceder a la encuesta se solicitó a los encuestados una serie de datos necesarios para comprobar que se trataba de un profesional vinculado con los objetivos de este estudio: unos datos básicos de identidad, (nombre y/o apellidos), comunidad y/o país de procedencia, dirección de correo electrónico y profesión. Se informaba a los interesados que esos datos tenían únicamente el propósito de proporcionarles una clave personalizada de acceso a la encuesta cuya cumplimentación era completamente anónima.

Como primer procedimiento de control se pidió a los encuestados responder a seis preguntas relativas a: colegiación, profesión, lugar geográfico de procedencia, lugar de trabajo, experiencia profesional, experiencia profesional con TEL. La ausencia de coincidencia entre la profesión declarada en este grupo de preguntas y la declarada en el momento de solicitar la clave para la encuesta conllevaba la eliminación de ese registro, su confirmación la supresión de los datos de identidad proporcionados para solicitar la clave.

Un segundo procedimiento de control consistió en el envío de un mensaje a la dirección proporcionada por los encuestados para averiguar la veracidad del registro. En el caso de no obtener respuesta el registro vinculado a dicha dirección era eliminado de la base de datos. Una vez se confirmaba el uso por parte del encuestado de la clave proporcionada se procedían a eliminar los datos de identidad personal.

## Resultados

*Primer objetivo: perfil de los encuestados.*

a) Profesionales que abordan la identificación y el tratamiento del TEL.

El número de encuestados que declararon experiencia con TEL fue de 146. La Tabla 1 recoge los perfiles profesionales.

Tabla 1: Perfiles profesionales de los encuestados

Profesiones declaradas por los encuestados	%	N
Logopedas	57.54	84
Psicólogos	21.23	31
Maestros especialistas en audición y lenguaje	12.33	18
Psicopedagogos, Pedagogos, Fonoaudiólogos, Foniatras y Otros	8.90	13
Total	100	146

b) Procedencia de los encuestados

En la Figura 1 se indican los encuestados por su lugar de residencia.

c) lugar de trabajo

En conjunto, los encuestados que han informado que prestan sus servicios en centros privados suponen un 53,42% (N=78); un 32,19% (N=47) de los encuestados declaran hacerlo en servicios públicos no pudiendo determinar la naturaleza de los servicios del 14,39% (N=21) restante. En la Tabla 2 se indican las diferentes categorías de centros de trabajo donde los encuestados declaran prestar sus servicios.

## ENCUESTADOS Y PROCEDENCIA

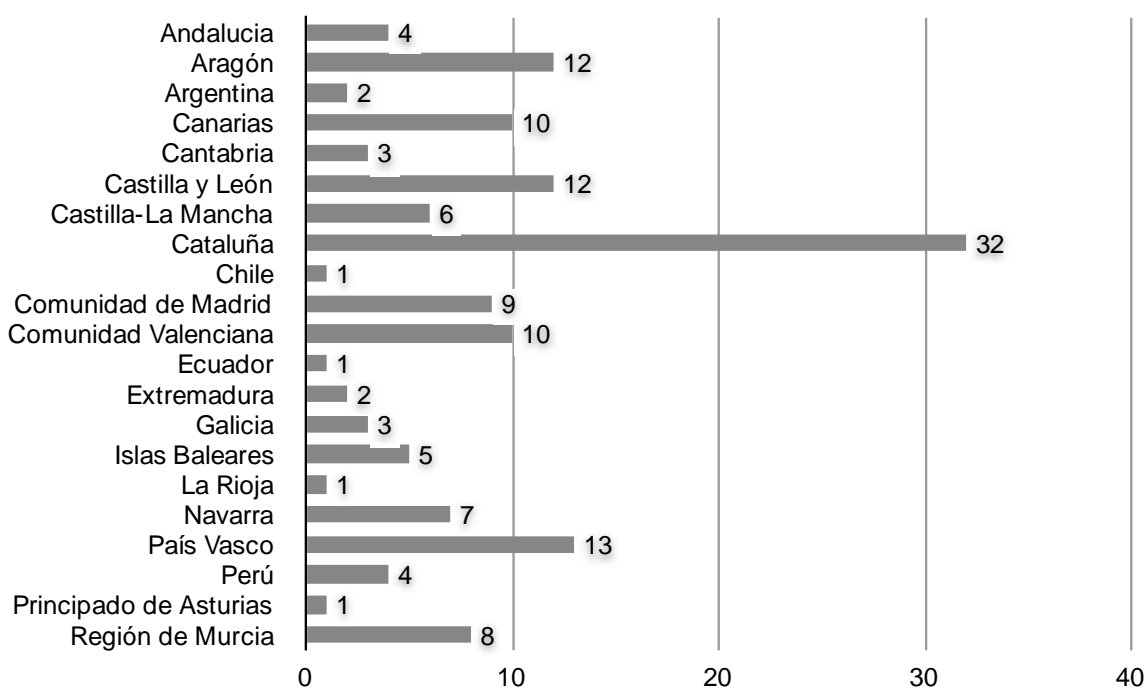


Figura 1: Procedencia de los encuestados por país y/o región de procedencia. Los números a la derecha de las barras indican frecuencias. Sólo figuran los encuestados que declararon tener experiencia con TEL.

Tabla 2: Lugar de trabajo de los encuestados.

Centro de trabajo declarado por los encuestados	%	N
Centro de rehabilitación privado	19.19	28
Centro de rehabilitación público	6.85	10
Gabinete privado	26.03	38
Hospital público	2.05	3
Hospital privado	2.05	3
Servicios sociales	5.48	8
Centro educativo público	23.29	34
Centro educativo privado	6.16	9
Otros	8.90	13
Total	100	146



d) Experiencia profesional

Como puede extraerse de la Tabla 3 la mayor parte de los encuestados tienen una amplia experiencia profesional alcanzando un 71.92% (N= 105) los que afirman tener 6 o más años de experiencia profesional.

Tabla 3: Experiencia profesional declarada

Años de experiencia profesional	%	N
Más de 10 años	55.48	81
Entre 6 y 9 años	16.44	24
Entre 3 y 5 años	19.18	28
Hasta 2 años	8.90	13
Total	100	146

*Segundo objetivo: Conceptualización del TEL.*

Se les dio la oportunidad a los encuestados de proporcionar su propia definición de TEL mediante una pregunta abierta. De las 146 encuestas que declararon experiencia con TEL, 139 encuestados aprovecharon la opción de dar su definición del trastorno. El análisis del contenido de las respuestas ha permitido agruparlas en cinco categorías, como puede apreciarse en la Tabla 4

Tabla 4: Conceptualización del TEL realizada por los encuestados

Categorías	%	N
1. Causas biológicas como criterios de exclusión	2.89	4
2. Criterios cognitivos como criterio de exclusión	3.61	5
3. Causas biológicas y cognitivas como criterios excluyentes	38.13	53
4. Causas biológicas como criterio de inclusión	5.00	7
5. Únicamente déficits lingüísticos como criterio de inclusión	50.37	70
Total	100	139

Las categorías 3 y 5 presentan una clara diferencia con respecto al resto. Teniendo en cuenta que de las dos, la categoría 3 sería la que más se aproxima a los criterios diagnósticos de mayor frecuencia de uso a la hora de identificar al TEL, se procedió a analizar la posible existencia de diferencias significativas entre ambas que indicaría que

en nuestra muestra la categoría mayoritariamente aceptada por los encuestados sería una que propiamente no se ajustaría a los criterios más comúnmente aceptados –criterio 5-. Los resultados ( $\chi^2(1, 123)= 2.35, p = .125$ ) no indican diferencias significativas entre ambas, no obstante, se puede observar que más de la mitad de los sujetos encuestados (61.82% N=86, suma de las categorías 1, 2, 4 y 5 de la Tabla 4) declaran una conceptualización del TEL que no responde a los comúnmente aceptados (Botting y Conti-Ramsden, 2004).

*Tercer objetivo: aspectos relativos a la identificación del TEL.*

a) profesional al que se le atribuye la responsabilidad del diagnóstico del TEL.

En la siguiente tabla resumimos las respuestas proporcionadas por los encuestados sobre este aspecto

Tabla 5: Profesional al que se atribuye la responsabilidad del diagnóstico.

Profesión	%	N
Logopeda	40.15	57
Multidisciplinar	29.58	42
Psicólogo	16.20	23
Psicopedagogo	9.15	13
Foniatra	2.11	3
Fonoaudiólogo	1.41	2
Maestro	.70	1
Otros	.70	1
Total	100	142

Para interpretar los datos relativos a este aspecto se procedió a realizar un análisis en función de la proporción de cada profesión representada en la encuesta. Mediante un Ji-cuadrado de bondad de ajuste con las respuestas dadas a esta pregunta se observa la existencia de diferencias significativas respecto a que la responsabilidad del diagnóstico sea una responsabilidad multidisciplinariamente compartida ( $\chi^2(4, 142) = 146.297, p = .000$ ). Dicha opción es elegida en segundo lugar en términos absolutos pese a no figurar, como es lógico, entre las opciones de profesionales que han respondido a la encuesta.

Para medir la posible relación existente entre experiencia profesional y la

atribución de la responsabilidad del diagnóstico se procedió a realizar un análisis de Ji-cuadrado de independencia (usando el test de significación exacta). Los resultados de la Tabla 6 indican que no hay diferencias en cuanto a la atribución de la responsabilidad del diagnóstico en función de la experiencia profesional de los encuestados.

Tabla 6: Relación entre experiencia profesional y atribución de la responsabilidad del diagnóstico

	$\chi^2$	gl	N	p
Hasta 2 años Vs Entre 3 y 5 años	9.490	7	41	.36
Hasta 2 años Vs Entre 6 y 9 años	7.873	6	35	.42
Hasta 2 años Vs Más de 10 años	11.383	6	92	.06
Entre 3 y 5 Vs Entre 6 y 9 años	2.524	5	50	.87
Entre 3 y 5 Vs Más de 10 años	6.427	5	107	.30
Entre 6 y 9 Vs Más de 10 años	4.630	5	101	.53

Por lo que respecta a la posible relación entre tipo de profesión y atribución de responsabilidad se procedió a efectuar un análisis semejante al realizado con la experiencia profesional atendiendo únicamente a las tres profesiones más representadas en la encuesta, logopedas, psicólogos y maestros (91%, N=133) y a las profesiones más elegidas por los encuestados como responsables del diagnóstico (ver Tabla 5, Logopedas, multidisciplinares y psicólogos –que representan el 85.9%, N=122). Los resultados cuando comparamos las tres profesiones implicadas se expresan en la Tabla 7.

Tabla 7: Relación entre profesión y atribución de la responsabilidad del diagnóstico

	$\chi^2$	gl	N	p	V de Cramer
Logopedas Vs Maestros	16.212	2	85	.001	.437
Logopedas Vs Psicólogos	23.946	2	102	.000	.485
Psicólogos Vs Maestros	15.852	2	39	.000	.638

Las diferencias significativas alcanzadas en las tres comparaciones y el tamaño del efecto indican que existe una importante asociación entre profesión y la elección del

responsable del diagnóstico. Los logopedas se eligen de forma significativa a sí mismos como responsables del diagnóstico al igual que lo hacen los Psicólogos mientras que los Maestros presentan una tendencia clara a la elección de una responsabilidad multidisciplinar.

b) Tipo de procedimiento diagnóstico más utilizado.

Se recogen en la Tabla 8 las respuestas relativas a la opinión de los encuestados sobre los procedimientos diagnósticos más comúnmente utilizados.

Tabla 8: Procedimiento diagnóstico declarado por los encuestados

Estrategias diagnósticas	%	N
Observacional	2.76	4
Observacional + pruebas estandarizadas	94.48	137
Otros	2.76	4

Analizadas las respuestas dadas a la pregunta abierta “otros procedimientos diagnósticos” incorporada para dar la opción de completar las ofrecidas en la encuesta se pueden clasificar las 18 respuestas proporcionadas a esta pregunta en alguna de las siguientes categorías: a) análisis de muestras de lenguaje espontáneo incluidas las habilidades discursivas; b) entrevista a familiares y profesores; c) pruebas médicas sin especificar; d) uso de pruebas no estandarizadas; e) análisis de la interacción madre-hijo. Un 6.5% (N= 9) de los encuestados que respondieron que usaban técnicas observacionales + pruebas estandarizadas en el diagnóstico explicitaron alguna de las categorías a), b) o d) en la pregunta abierta “otros procedimientos diagnósticos”, dato que, aunque prácticamente irrelevante, nos aconseja delimitar con mayor grado de claridad las categorías de respuesta sobre los procedimientos diagnósticos para usos futuros del instrumento.

c) Edad más frecuente a la que se diagnostica el trastorno

La edad media del diagnóstico declarada por los encuestados que respondieron a esta pregunta fue de 5.68 años. Interesados por las posibles diferencias en cuanto a la edad media de los sujetos diagnosticados en función de la profesión y los años de experiencia profesional efectuamos un ANOVA con las repuestas de los tres grupos mayoritarios de

encuestados (logopedas, psicólogos y maestros, el 91% de los encuestados) y los resultados revelan que ni ambas variables por separado -experiencia profesional: ( $F(3,120) = 0.773, p = 0.51, \eta^2 = .019$ ); profesión: ( $F(2,120) = 1.394, p = 0.252, \eta^2 = .023$ ), ni conjuntamente ( $F(6,120) = 1.170, p = 0.327, \eta^2 = .055$ ) tienen algún tipo de efecto.

#### d) Pruebas estandarizadas principalmente utilizadas

Los encuestados pudieron informar sobre el número de pruebas utilizadas y el orden de elección de las mismas hasta un máximo de seis. Un 80.1% (N=117) de los encuestados utilizó esta opción. En la descripción de las pruebas declararon la utilización de un total de 99 diferentes en el proceso de identificación del TEL.



Figura 2: Pruebas utilizadas con más frecuencia por los encuestados en la identificación del TEL. Se incorporan únicamente las que alcanzan una frecuencia  $\geq 5$ .

Se obtienen diferencias significativas ( $\chi^2(5, 116)=19.310, p = .002$ ) en cuanto al número de pruebas utilizadas siendo los grupos de seis, cuatro y tres pruebas los más utilizados sin diferencias estadísticamente significativas entre los tres. Pero ni la experiencia profesional, a tenor de los resultados del ANOVA ( $F(3, 121) = 2.142, p = .098, \eta^2 = .050$ ) ni la profesión de los encuestados ( $F(2, 121) = .962, p = .385, \eta^2 = .016$ ) por

separado parecen tener ningún tipo de influencia sobre el número de pruebas utilizadas a partir de los datos de nuestra muestra. Tampoco conjuntamente ambas variables arrojan significación estadística en cuanto al número de pruebas utilizadas ( $F(6, 121) = 1.227, p = .297, \eta^2 = .057$ ).

Si utilizamos como punto de corte para el análisis el haber sido escogida la prueba 5 ó más veces por los encuestados en alguna de las seis posibles opciones, los resultados indican que en la primera elección el ITPA (Kirk, McCarthy, y Kirk, 1962) -elegido por 24.7%, 29 encuestados,- el PLON (Aguinaga, Armentia, Fraile, Olangua y Uriz, 1990) -segunda en ser elegida con un 17.9%, 21 encuestados - y la escala WECHSLER (Wechsler, 2003) -tercera con un 11.11%, 13 encuestados- alcanzan significación estadística en relación con el resto en una prueba de bondad de ajuste ( $\chi^2(12, 87) = 140.874, p = .000$ ) considerando el mismo porcentaje de probabilidad para cada una de ellas. El mismo análisis hecho con las pruebas preferentemente utilizadas en segundo lugar por los encuestados revela que el ITPA es la prueba más elegida alcanzando significación estadística respecto al resto ( $\chi^2(11, 61) = 63.918, p = .000$ ). En cambio, el Ji-cuadrado para la tercera elección sitúa en primer lugar al PLON como la más elegida ( $\chi^2(10, 47) = 25.787, p = .004$ ). No se obtuvo, en cambio, significación estadística para ninguna de las otras tres opciones restantes –pruebas elegidas en 4º, 5º y 6º lugar-.

El estudio de las posibles relaciones entre profesión y las pruebas más utilizadas en 1ª, 2ª y 3ª opción se realizó mediante un test de independencia de Ji-cuadrado con las tres profesiones más representadas en la encuesta (logopedas, psicólogos y maestros, N=133, 91% de los encuestados) cuyos resultados indican ausencia de efecto. Se recogen en la Tabla 9 los resultados obtenidos.

Tabla 9: Relación entre profesión y las pruebas más elegidas en 1ª, 2ª y 3ª opción

	$\chi^2$	gl	N	p	V de Cramer
Primera elección	10.999	10	105	.470	.204
Segunda elección	7.875	10	98	.811	.179
Tercera elección	11.715	10	85	.179	.246

Efectuado el mismo tipo de análisis para estudiar la posible relación entre la experiencia profesional y el tipo de prueba elegida en las tres primeras opciones se obtuvieron los resultados que aparecen en la Tabla 10.

Tabla 10: Relación entre experiencia profesional y las pruebas más elegidas en 1ª, 2ª y 3ª opción.

	$\chi^2$	gl	N	p	V de Cramer
Primera elección	20.773	15	105	.215	.242
Segunda elección	2.718	15	98	.848	.191
Tercera elección	13.625	15	85	.191	.241

Ninguno de los contrastes efectuados resultó significativo, por lo que no parece existir ningún efecto entre la prueba elegida en alguna de las tres primeras opciones y los años de experiencia profesional. Podríamos concluir que las pruebas elegidas en las tres primeras opciones lo son independientemente tanto de la profesión como del grado de experiencia profesional de los encuestados.

e) Criterios de tipo cognitivo, sensorial, motor, y del desarrollo socioemocional tenidos en cuenta en la identificación del TEL.

Desde el enfoque clínico se tiende a utilizar criterios en la identificación del TEL de los que no siempre se dispone de información suficiente (Botting y Cont-Ramsden, 2004). Con objeto de obtener datos sobre ese tipo de criterios se dio la oportunidad a los encuestados de responder al grado en el que los tenían en cuenta en el proceso de diagnóstico del TEL. La elección de los mismos obedece a dos razones principales: a) ser los más habitualmente encontrados en la literatura consultada (Lyons et al., 2008; Navarrete, Torres, Sánchez y Rodríguez Parra, 2004; Tomblin, Records y Zhang, 1996; Tomblin, 2008) y b) ser los más frecuentemente utilizados en nuestro entorno profesional. La Figura 2 recoge de forma gráfica la intensidad con la que los encuestados incluyen en los procesos de identificación del TEL dichos criterios con arreglo a la categoría de pertenencia.

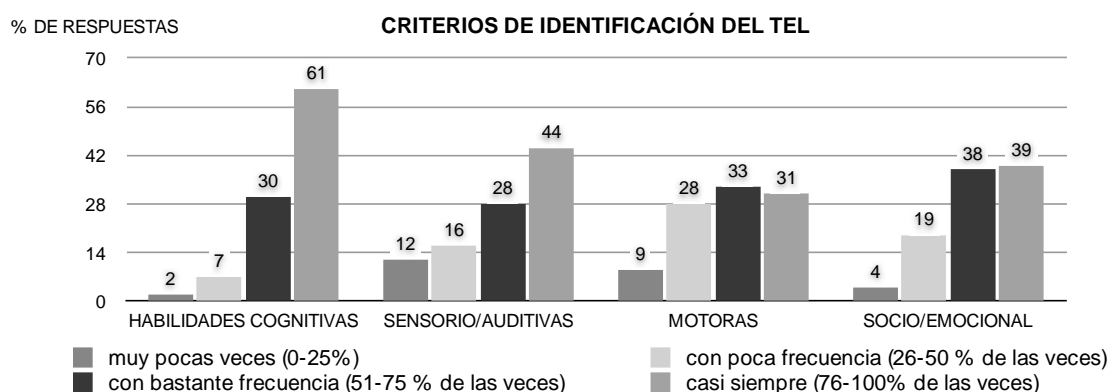


Figura 2: Aspectos del desarrollo del niño que los encuestados declaran incluir con más frecuencia en la identificación de los sujetos con TEL

### *Criterios cognitivos*

Los encuestados respondieron sobre la utilización en la identificación del TEL de los siguientes aspectos de índole cognitiva: a) la frecuencia con la que tenían en cuenta los criterios cognitivos con carácter general; b) la presencia de discrepancias entre los resultados en pruebas verbales y manipulativas de la evaluación psicológica; c) otras discrepancias entre la evaluación del habla/lenguaje y resultados en pruebas no verbales de la exploración psicológica; d) puntuaciones verbales y manipulativas en las escalas de dificultades de aprendizaje; e) intereses y actividades restringidos y f) dificultades en el pensamiento imaginativo. Como puede apreciarse en la Figura 2, un 61% (N=90) de los encuestados declaran tener en cuenta los criterios cognitivos en su conjunto casi siempre (76-100% de las veces), siendo, además, el porcentaje más alto de los cuatro grupos de criterios utilizados.

Con objeto de tener una información más precisa sobre el grado de intensidad de uso de cada uno de los criterios cognitivos por separado realizamos un cálculo Ji-cuadrado cuyos resultados se reflejan en la Tabla 11. Todos los resultados son significativos e indican que la opción “casi siempre” (76-100% de las veces) conjuntamente con la opción “con bastante frecuencia” (51-75% de las veces) son las que los encuestados declaran elegir por encima del resto de opciones lo que nos informa de que los encuestados suelen tener todos los criterios bastante presentes en los procesos de identificación del TEL.



Tabla 11: Ji-cuadrado sobre el grado de frecuencia de uso de los criterios cognitivos en la identificación del TEL.

	$\chi^2$	gl	N	p
Habilidades cognitivas	151.714	3	140	.000
Discrepancia verbal manipulativo en exploración psicológica	119.561	3	139	.000
Discrepancia habla lenguaje y manipulativo eval. psicológica	130.404	3	141	.000
Puntuaciones verbales/manipulativos escala dif. aprendizaje	81.438	3	128	.000
Intereses y actividades restringidos	31.587	3	126	.000
Dificultades en el pensamiento imaginativo	42.364	3	132	.000

Para explorar la influencia de la experiencia profesional (ver Tabla 3) sobre la utilización de criterios cognitivos se efectuó un ANOVA de un factor realizado cuyos resultados son significativos para dos de los cuatro criterios cognitivos: “discrepancia resultados habla/lenguaje y pruebas manipulativas en exploración psicológica” ( $F(3, 137) = 5.485$ ,  $p = .001$ ,  $\eta^2 = .89$ ) y “discrepancia resultados en pruebas verbales/manipulativas en exploración psicológica” ( $F(3, 137) = 4.528$ ,  $p = .005$ ,  $\eta^2 = .90$ ). En ambos casos el tamaño del efecto calculado ( $\eta^2$ ) es acusado. Las comparaciones *post-hoc* realizadas usando el test HSD de Tukey indican que la puntuación media para el grupo con más experiencia profesional (“10 o más años”,  $M = 3.52$ ,  $dt = .703$ ) fue significativamente diferente del grupo con menos experiencia profesional (“hasta dos años”,  $M = 3$ ,  $dt = 1.08$ ) en el caso del criterio “discrepancia resultados habla/lenguaje y pruebas manipulativas en exploración psicológica”. En el caso del criterio “discrepancia resultados en pruebas verbales/manipulativas en exploración psicológica” las comparaciones *post-hoc* con el HSD de Tukey indican que las diferencias significativas se producen entre el grupo con más experiencia (“más de 10 años”,  $M = 3.49$ ,  $dt = .736$ ) con dos grupos con menos experiencia profesional, el grupo con experiencia “entre 3 y 5 años” ( $M = 3.25$ ,  $dt = .645$ ) y el grupo con experiencia “hasta 2 años” ( $M = 3$ ,  $dt = 1.183$ ). Los sujetos con más experiencia profesional incorporan con más frecuencia ambos criterios que los encuestados con menos experiencia y tales diferencias alcanzan significación estadística.

El factor profesión no presenta ningún efecto en relación con la utilización de los criterios cognitivos según los resultados del ANOVA de un factor que se expresan en la Tabla 12.

Tabla 12: Resultados de la ANOVA del factor profesión sobre los criterios cognitivos.

	F	gl/N	p	$\eta^2$
Habilidades cognitivas frecuencia	.816	3/136	.487	.01
Discrepancia verbal manipulativo en exploración psicológica	.465	3/135	.708	.01
Discrepancia habla lenguaje y manipulativo eval. psicológica	.261	3/137	.853	.005
Puntuaciones verbales/manipulativos escala dif. aprendizaje	1.977	3/124	.121	.04
Intereses y actividades restringidos	1.005	3/122	.393	.024
Dificultades en el pensamiento imaginativo	.058	3/128	.981	.001

Conjuntamente la profesión –agrupadas las categorías en 4: logopedas, psicólogos, maestros y otros- y la experiencia profesional no parecen tener efectos sobre los criterios cognitivos a tenor de lo obtenido en el ANOVA de dos factores. Los datos permiten observar un resultado significativo en el test de Levene de igualdad del error de las varianzas ( $F(15, 123) = 2.206, p = .009$ ), por lo que, de acuerdo a lo propuesto por Pallant (2010), se estableció un criterio de significación más estricto para evaluar el resultado del ANOVA de dos factores ( $p = .01$ ) lo que hace que debamos considerar no significativa la interacción de ambos factores –experiencia y profesión ( $F(9, 123) = 2.059, p = .038, \eta^2 = .131$ ) sobre la elección de los criterios cognitivos.

### *Criterios sensoriales*

Mediante cuatro preguntas incluidas en la encuesta se procedió a medir el grado de uso de criterios sensoriales en el proceso de diagnóstico: a) habilidades auditivas como categoría general; b) pérdida auditiva de conducción; c) pérdida auditiva neurosensorial; d) problemas en el procesamiento sensorial. Los resultados del análisis estadístico realizado ( $\chi^2$  de bondad de ajuste) para comprobar la diferencia entre las categorías de respuesta indicadoras de la frecuencia de uso de los criterios sensoriales están reflejados en la Tabla 13.

Los criterios sensoriales a) –habilidades auditivas como categoría general- y d) -problemas en el procesamiento sensorial- son utilizado preferentemente “casi siempre” (76-100% de las veces) o “con bastante frecuencia” (51-75% de las veces) de forma estadísticamente significativa.

Tabla 13: Ji-cuadrado sobre el grado de frecuencia de uso de los criterios sensoriales en la identificación del TEL.

	$\chi^2$	Gl	N	p
Habilidades auditivas frecuencia	49.44186	3	129	.00
Pérdida auditiva conducción	7.75438	3	114	.51
Pérdida auditiva neurosensorial	18.69230	3	117	.00
Dificultades procesamiento sensorial	23.88495	3	113	.00

Para el criterio c) –pérdida auditiva neurosensorial- la respuesta estadísticamente significativa se refiere al uso “casi siempre” (76-100% de las veces). No existen diferencias significativas en cuanto a las cuatro alternativas de respuesta para la categoría “pérdida auditiva de conducción”.

El posible peso de la categoría profesional en la utilización de estos criterios de naturaleza sensorial se investigó mediante un análisis de varianza de un factor. No se obtuvo significación estadística para ningún criterio por lo que podemos afirmar que entre nuestros encuestados no existe una preferencia constatable por el uso de algún criterio de tipo sensorial en función de su profesión. El mismo tipo de análisis de varianza realizado entre la experiencia profesional y los criterios sensorio/auditivos reveló que dos de ellos, “pérdida auditiva neurosensorial” ( $F(3, 113) = 4,860, p = .003, \eta^2 = .11$ ) y “dificultades del procesamiento sensorial” ( $F(3, 109) = 4.109, p = .008, \eta^2 = .10$ ) eran preferentemente utilizados por los profesionales más experimentados. En ambos casos el tamaño del efecto es elevado (Cohen, 1988) y el análisis *post-hoc* (HSD de Tukey) revela que los encuestados con más experiencia profesional (categoría “más de 10 años”) utilizan más frecuentemente ambos criterios que los encuestados pertenecientes a la categoría “entre 3 y 5 años” de experiencia profesional.

Para comprobar el efecto combinado de profesión y experiencia sobre la utilización de criterios sensoriales se realizó una ANOVA de dos factores. Los grupos estuvieron compuestos por las tres profesiones más frecuentes en el estudio (logopedas, psicólogos y maestros,  $N=133$ , 91% de la muestra) y por los cuatro niveles de experiencia profesional (ver Tabla 3). Los resultados que se ofrecen en la Tabla 14 permiten apreciar que no existe un efecto combinado entre ambos factores sobre el uso de los criterios sensoriales.

Tabla 14: Resultados de la ANOVA de dos factores -profesión y experiencia- y criterios sensoriales.

	F	gl/N	p	$\eta^2$
Habilidades auditivas frecuencia	.542	6/117	.775	.027
Pérdida auditiva conducción	.239	6/102	.963	.014
Pérdida auditiva neurosensorial	.431	6/105	.857	.024
Dificultades procesamiento sensorial	.622	6/101	.712	.036

### *Criterios motores*

En relación con los criterios de desarrollo motor se preguntó a los encuestados si eran tenidos en cuenta la hora de diagnosticar el TEL mediante tres preguntas que se interesaban por: a) el grado general de uso; b) el interés por los problemas de coordinación motora fina; y c) por los problemas de coordinación motora gruesa.

Utilizando el mismo procedimiento de análisis que el adoptado para los criterios cognitivos y sensoriales se pudo obtener los resultados que se recogen en la Tabla 15. En el caso del criterio a) –grado general de uso de los criterios motores- las opciones “casi siempre” (76-100% de las veces) y “con bastante frecuencia” (51-75% de las veces) son las más escogidas de forma estadísticamente significativa. Para los criterios b) –dificultades en la coordinación motora fina- y c) –dificultades motoras gruesas- las opciones más elegidas que alcanzan significación estadística son “con poca frecuencia” (26-50% de las veces y “con bastante frecuencia” (51-75% de las veces).

Tabla 15: Ji-cuadrado sobre el grado de frecuencia de uso de los criterios motores en la identificación del TEL.

	$\chi^2$	gl	N	p
Habilidades sensorio motoras frecuencia	104.209	3	129	.000
Dificultades coordinación motora fina	11.921	3	115	.008
Dificultades motoras gruesas	13.357	3	112	.004

El ANOVA de un factor realizado para averiguar las posibles relaciones entre profesión y la utilización de criterios motores revela la ausencia de significación estadística y, por tanto, la ausencia de relación (Tabla 16).

Tabla 16: ANOVA del factor profesión y el uso de criterios motores.

	F	gl/N	p	$\eta^2$
Habilidades sensorio motoras frecuencia	.105	2/126	.901	.001
Dificultades coordinación motora fina	1.924	2/112	.151	.030
Dificultades motoras gruesas	.795	2/109	.454	.014

Al analizar, en cambio, la posible relación entre experiencia profesional y la utilización de criterios motores en la identificación del TEL obtenemos los resultados que se ofrecen en la Tabla 17 que indican la existencia de diferencias significativas para la categoría “dificultades en la coordinación motora fina”.

Tabla 17: ANOVA del factor experiencia profesional y el uso de criterios motores.

	F	gl/N	p	$\eta^2$
Habilidades sensorio motoras frecuencia	.904	3/125	.441	0.02
Dificultades coordinación motora fina	2.999	3/111	.034	0.07
Dificultades motoras gruesas	.599	3/108	.617	0.01

El tamaño del efecto para dicha categoría es moderado de acuerdo con Cohen (1988) y el análisis *post-hoc* (HSD de Tukey) revela que las diferencias se presentan entre el grupo con experiencia profesional “entre 3 y 5 años” (M= 3.15, dt= .813) y los grupos con experiencia de “más de 10 años” (M= 2.5, dt= 1.050) y “entre 6 y 9 años” (M= 2.36, dt= .810).

El análisis de los posibles efectos de la variable profesión y años de experiencia sobre la utilización de los criterios de índole motor se ha analizado mediante ANOVAs de dos factores cuyos resultados se ofrecen en la Tabla 18.

Tabla 18: Resultados de la ANOVA de dos factores -profesión y experiencia- y criterios motores.

	F	gl/N	p	$\eta^2$
Habilidades sensorio motoras frecuencia	.928	6/117	.478	.045
Dificultades coordinación motora fina	1.023	6/103	.415	.056
Dificultades motoras gruesas	1.527	6/100	.177	.084

No se obtuvo significación estadística del efecto combinado de ambas variables sobre la utilización de los criterios motores en la identificación del TEL.

### *Criterios Socio/emocionales*

Para valorar la utilización en el diagnóstico del TEL de criterios de tipo comportamental y emocional se utilizaron cinco preguntas: a) orientada a obtener información sobre la frecuencia general de uso de criterios emocionales; b) relativa a la consideración en el diagnóstico de la presencia de problemas de comportamiento; c) relativa a la consideración de problemas en las relaciones sociales; d) relativa a la consideración de intereses y actividades restringidos y e) relativa a la consideración de dificultades en el pensamiento imaginativo.

Siguiendo los mismos procedimientos de análisis descritos para el resto de criterios diagnósticos, se ofrecen en la Tabla 19 los resultados para este último grupo.

Tabla 19: Ji-cuadrado sobre el grado de frecuencia de uso de los criterios socio/emocionales en la identificación del TEL.

	$\chi^2$	gl	N	p
Trastornos emocionales frecuencia	43.173	3	127	.00
Dificultades comportamiento	42.466	3	120	.00
Dificultades relaciones sociales	20.695	3	121	.00
Actividades intereses restringidos	33.298	3	114	.00
Dificultades imaginación	40.831	3	119	.00

Para los criterios a) –trastornos emocionales-, b) –dificultades de comportamiento-, c) –dificultades en las relaciones sociales- y e) –dificultades en el pensamiento imaginativo- la elección recae en las opciones “casi siempre” (76-100% de las veces) y “con bastante frecuencia” (51-75% de las veces) alcanzado significación estadística en los cuatro criterios respecto a las otras opciones de respuesta. En el caso del criterio d) –actividades e intereses restringidos- la opción significativamente menos escogida fue la de “muy pocas veces” (0-25%) no existiendo diferencias en cuanto a la frecuencia de elección entre las otras tres restantes opciones –“con poca frecuencia” (26-50% de las veces), “con bastante frecuencia” (51-75% de las veces) y “casi siempre” (76-100% de las veces).

Sobre los potenciales efectos de las variables profesión y años de experiencia sobre la utilización de criterios socio-emocionales se investigaron mediante ANOVAs de un factor. En las Tablas 20 y 21 se ofrecen los resultados respectivamente para los dos factores por separado.

Tabla 20: ANOVA del factor profesión sobre los criterios socio-emocionales

	F	Gl	p	$\eta^2$
Trastornos emocionales frecuencia	.383	2/124	.683	.006
Dificultades comportamiento	2.067	2/117	.131	.03
Dificultades relaciones sociales	.081	2/118	.923	.01
Actividades intereses restringidos	1.475	2/111	.233	.02
Dificultades imaginación	.009	2/116	.991	.0001

Tabla 21: ANOVA del factor experiencia profesional sobre los criterios socio-emocionales

	F	Gl	p	$\eta^2$
Trastornos emocionales frecuencia	1.374	3/123	.254	.03
Dificultades comportamiento	.485	3/116	.693	.01
Dificultades relaciones sociales	.596	3/117	.619	.01
Actividades intereses restringidos	1.302	3/110	.277	.03
Dificultades imaginación	.973	3/115	.408	.02

Los resultados de las tablas anteriores indican ausencia de significación para ambos factores por separado. Ninguno de los dos tiene influencia sobre la utilización de los criterios socio-emocionales.

El potencial efecto combinado de ambos factores sobre los mismos criterios se analizó mediante un ANOVA de dos factores cuyos resultados aparecen en la Tabla 22.

Tampoco la interacción de ambos factores tiene ningún influjo sobre el grado de uso de los criterios socioemocionales.

Tabla 22: ANOVA de los factores profesión y experiencia profesional sobre los criterios socio-emocionales

	F	Gl	p	$\eta^2$
Trastornos emocionales frecuencia	1.743	6/115	.117	.08
Dificultades comportamiento	1.272	6/108	.276	.06
Dificultades relaciones sociales	1.018	6/109	.417	.05
Actividades intereses restringidos	1.984	6/102	.075	.10
Dificultades imaginación	.872	6/107	.518	.04

f) Incorporación de informes de otros profesionales en la identificación del TEL.

Respecto a la inclusión de otros informes profesionales en el diagnóstico de TEL, se les pidió a los encuestados indicasen la frecuencia con que los tenían en cuenta en la confección de sus diagnósticos. La figura 3 ofrece los resultados en forma gráfica. Destacan la inclusión entre el 76 y 100% de las ocasiones de los informes de los profesores (59.7%, N= 80), del audiólogo (54.9%, N= 67), del psicólogo (52.3%, N= 69) y en el extremo opuesto, la baja inclusión del informe del: sólo un 26.16% (N= 30) lo incluye entre el 76 y 100% de las veces. Los resultados del test de Friedman indican la presencia de diferencias significativas en cuanto la inclusión en el proceso de identificación del TEL de informes de otros profesionales ( $\chi^2(5, 94) = 82.790, p = .000$ ). Para conocer cuáles eran los informes más frecuentemente utilizados por los encuestados se llevaron a cabo los pares de contrastes entre todos ellos -15 contrastes- mediante la prueba de *t* para muestras relacionadas. Dicho análisis revela que el informe que es tenido más frecuentemente en cuenta es el del maestro ya que alcanza significación estadística en cuatro de los cinco contrastes posibles. En segundo lugar el del audiólogo y del médico ORL que supera la significación estadística en dos de los cinco contrastes posibles. En tercer lugar el del orientador conjuntamente con el del psicólogo ya que ambos alcanzan la significación en dos de los cinco contrastes posibles siendo el informe del foniatra el que menos es tenido en cuenta ya que no alcanza significación estadística en ningún contraste.



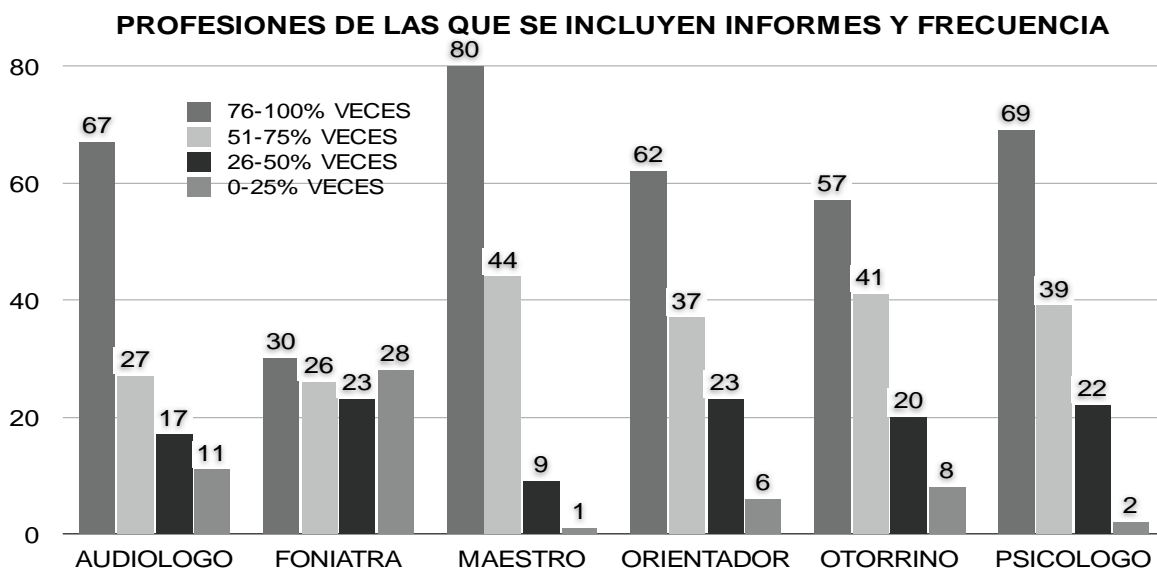


Figura 3: Distribución de los diferentes informes que los encuestados declaran tener en cuenta en la identificación del TEL en función de su frecuencia. Los números encima de las barras indican la frecuencia con la que es elegida esa opción por los encuestados.

Por lo que se refiere a la relación entre la profesión y la inclusión de informes de otros profesionales se obtienen diferencias significativas en el ANOVA de un factor en cuanto a la inclusión del informe del psicólogo ( $F(3,129) = 3.516, p = .001$ ). Las comparaciones *Post-hoc* usando el test HSD de Tukey indican que el grupo de los maestros incluye significativamente menos dicho informe en comparación con los logopedas y los propios psicólogos. El tamaño del efecto, calculado ( $\eta^2 = .07$ ) puede considerarse moderado de acuerdo con Cohen (1988). También se obtienen diferencias significativas ( $F(3,131) = 3.246, p = .024$ ) en cuanto a la inclusión del informe del maestro entre logopedas y la categoría Otros (pedagogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, etc.) siendo estos últimos quienes declaran tener en cuenta con más frecuencia el informe de los maestros. El tamaño del efecto ( $\eta^2 = .07$ ) es igualmente moderado.

Por lo que respecta al posible impacto de los años de experiencia sobre la utilización en el diagnóstico de otros informes profesionales el mismo tipo de análisis ofrece una significación estadística para la inclusión del informe del maestro ( $F(3,131) = 3.840, p = .011$ ) que indica que el grupo de encuestados con 10 ó más años de experiencia profesional lo tiene en cuenta más frecuentemente que el grupo que se encuentra entre 6 y 9 años de experiencia profesional. El tamaño del efecto ( $\eta^2 = .08$ ) se puede considerar moderado.

El análisis de la utilización de pruebas estandarizadas en el diagnóstico del TEL permite comprobar que el 58% (N=68) de los encuestados que incluyeron la descripción de al menos una prueba estandarizada (N=117) no incluye ninguna prueba de evaluación cognitiva de aspectos no lingüísticos –criterio de discrepancia- y sin embargo, como se desprende de las respuestas proporcionadas por los encuestados relativas a la importancia de los criterios cognitivos ya analizados en un epígrafe anterior, parecen concederle a este aspecto una importancia relevante ya que un 61% (N= 90) del total de encuestados que respondieron a este aspecto (N=146) declaran incorporar casi siempre las habilidades cognitivas como criterio diagnóstico del TEL. Pero si únicamente un 42% de los encuestados (N=49) declara usar pruebas que permitan estimar dichos aspectos cognitivos, ¿cómo hace el resto de los encuestados para incluir dichos criterios? Esta pregunta podría quedar parcialmente contestada con las respuestas relativas a la incorporación de otros informes profesionales en el diagnóstico del TEL. Y más en concreto sobre la inclusión del informe del psicólogo, profesional al que se le atribuye la responsabilidad sobre la evaluación cognitiva. Analizadas las respuestas proporcionadas por los encuestados que no incluyen ninguna pruebas de evaluación cognitiva de aspectos no lingüísticos (se incluyen los encuestados que declaran utilizar un procedimiento diagnóstico que incluye las pruebas estandarizadas tanto si describen una o más como si no describen ninguna, N= 88), sólo un 43% (N=38), declaran incorporar “casi siempre” (76-100% de las veces) el informe del psicólogo. Esto sería un claro indicador de que el criterio de diagnóstico por la discrepancia del TEL es apenas utilizado por un 26% de nuestros encuestados.

#### g) Marcadores de riesgo de TEL

Tal como se ha descrito anteriormente, uno de los objetivos de este trabajo ha sido averiguar el grado de participación de los profesionales encuestados en la caracterización del trastorno en base a lo que se ha denominado como “marcadores de riesgo” (Bishop, Verhoeven y van Balkom, 2004). Se establecieron cuatro categorías: marcadores de índole pragmático, sintáctico, semántico y un grupo que hemos considerado mixto por la heterogeneidad de los marcadores incluidos en ella.

#### *Marcadores pragmáticos*

Los encuestados pudieron responder también sobre la utilización en la identificación del TEL de los siguientes marcadores de riesgo de TEL: contacto ocular, atención, atención

auditiva (escucha), mantenimiento y relevancia del tema en una conversación, toma de turnos, inicio y mantenimiento de una conversación y narración. Los resultados del análisis estadístico indican una preferencia clara por la inclusión de todos los marcadores de esta categoría como potenciales indicadores de TEL, como puede apreciarse en la Tabla 23.

Tabla 23: Estadísticos para los marcadores de tipo pragmático

	$\chi^2$	gl	N	p
Contacto ocular	13.226	1	115	.00
Atención	48.133	1	120	.00
Audición	86.252	1	123	.00
Mantenimiento relevancia tema	57.836	1	122	.00
Toma turnos	9.142	1	112	.00
Iniciar mantener conversación	62.677	1	118	.00
Narración	54.225	1	124	.00

El test de Ji-cuadrado de independencia (usando el test de significación exacta para el  $\chi^2$  de Pearson) realizado para medir el posible impacto entre la variable profesión y los marcadores de riesgo pragmático indicó la ausencia de significación. En cambio, la misma prueba utilizada para medir la relación entre experiencia profesional y los marcadores pragmáticos revela una significación estadística para el marcador “Toma de turnos” ( $\chi^2(3, 125) = 10.193$ ,  $p = .017$ ,  $V = .286$ ) indicando la relación existente entre mayor experiencia profesional y el uso de dicho marcador en la identificación del TEL, con un tamaño del efecto ( $V$  de Cramer) moderado.

#### *Marcadores sintácticos*

En esta categoría se preguntó a los encuestados sobre la utilización en la identificación del TEL de los siguientes: orden de las palabras en la oración, pronombres, morfología, concordancia sujeto-verbo, estructuras gramaticales de negación y coexistencia de formas gramaticales maduras/inmaduras. Los resultados del análisis estadístico, indican que, como en el caso de los marcadores de tipo pragmático, todos los propuestos se consideran como indicadores potenciales de TEL por los encuestados al alcanzar significación estadística todos ellos (Tabla 24).

Tabla 24: Estadísticos para los marcadores de tipo sintáctico

	$\chi^2$	gl	N	p
Orden palabras oración	109.512	1	125	.00
Pronombres	55.172	1	126	.00
Morfología	78.101	1	118	.00
Concordancia sujeto verbo	77.760	1	121	.00
Formas negativas	19.962	1	106	.00
Expresiones sintácticas maduras inmaduras	59.904	1	115	.00

Por lo que respecta a la relación entre experiencia profesional y marcadores sintácticos de riesgo se observan relaciones estadísticamente significativas con el marcador “formas negativas” ( $\chi^2$  (3, 120) = 12.048,  $p = .006$ ,  $V = .317$ ) indicando un tamaño de efecto marcado en dicha relación: a mayor experiencia profesional más se tiene en cuenta dicho marcador. En cambio, entre categoría profesional y marcadores de índole sintáctico la relación aparece con el marcador “morfología” ( $\chi^2$  (2, 118) = 10.829,  $p = .004$ ,  $V = .309$ ) con un tamaño de efecto también marcado. Las diferencias significativas en el uso de este criterio se producen entre las profesiones de psicólogos ( $M=1.19$ ,  $dt= .396$ ) y logopedas ( $M= 1.03$ ,  $dt= .162$ ;  $t$  (100)= -2.021,  $p= .05$ , bilateral). La amplitud de las diferencias (diferencia de medias= .16, 95% IC: -.319 a .002) fue pequeña ( $\eta^2= .04$ ) indicando que en torno a un 4% de la varianza en el uso de este marcador es explicado por la variable profesión.

#### *Marcadores semánticos*

Los marcadores de tipo semántico sometidos a consideración de los encuestados como indicadores de riesgo de TEL fueron: la recuperación de palabras, la comprensión, conceptos relacionales, lenguaje figurativo, verbos y el vocabulario. Todos ellos son considerados como indicadores de riesgo de TEL al alcanzar significación estadística (Tabla 25).

En cambio, analizadas las posibles relaciones entre profesión y elección de marcadores semánticos aparece como estadísticamente significativa la existente con el marcador “conceptos relacionales” ( $\chi^2$  (3, 122) = 8.473,  $p = .014$ ,  $V = .264$ ) con un valor del efecto igualmente moderado.

Tabla 25: Estadísticos para los marcadores de tipo semántico

	$\chi^2$	gl	N	p
Búsqueda palabras	61.752	1	117	.00
Verbos	44.689	1	116	.00
Comprensión	94.619	1	121	.00
Vocabulario	82.361	1	119	.00
Lenguaje figurativo	38.367	1	117	.00
Conceptos relacionales	81.000	1	121	.00

La condición profesional de Psicólogo está especialmente relacionada con la elección de este marcador –el 100% de ellos la incluyen-.

#### *Otros marcadores de riesgo de TEL*

Una última categoría etiquetada como mixta, incluyó los siguientes marcadores: la presencia de antecedentes familiares del trastorno, las dificultades en la pronunciación de palabras polisílabas, en la repetición de pseudopalabras, presencia de ecolalia, no mejoría con la terapia, problemas de conciencia fonológica y preocupación familiar por el trastorno. Todos ellos son incluidos como indicadores de TEL por los encuestados al alcanzar significación estadística (Tabla 26).

Tabla 26: Estadísticos para la categoría de marcadores mixta

	$\chi^2$	gl	N	p
Antecedentes familiares	61.894	1	114	.00
Dificultades de repetición pseudopalabras	19.862	1	116	.00
Dificultades pronunciación palabras polisílabas	21.929	1	114	.00
Problemas de conciencia fonológica	89.151	1	119	.00
Ecolalia	20.571	1	112	.00
No mejoría con la terapia	68.644	1	118	.00
Preocupación familiar por el trastorno	21.038	1	105	.00

Analizadas las posibles relaciones entre experiencia profesional y esta categoría de marcadores de riesgo de TEL se obtienen resultados significativos para los marcadores “repetición de pseudopalabras” ( $\chi^2(3, 117) = 15.128, p = .002, V = .360$ ) y “dificultades

de pronunciación de palabras polisílabas” ( $\chi^2(3, 115) = 20.554, p = .000, V = .423$ ) con peso del efecto en ambos casos muy acusado de la relación que indica que la categoría mayor experiencia profesional -10 o más años- incluye este factor de forma estadísticamente significativa. La profesión no presenta ningún impacto sobre la elección de ninguno de los criterios incluidos en esta categoría.

## **Discusión**

Con las limitaciones vinculadas al número de encuestados de nuestra muestra se han realizado los análisis ofrecidos en las páginas anteriores que nos permiten afirmar que los objetivos planteados en este trabajo ha sido alcanzados en su totalidad.

Por lo que respecta a los perfiles profesionales de quienes abordan el TEL -nuestro primer objetivo- observamos una enorme variedad, encontrando profesionales que proceden tanto de enfoques sanitarios como educativos y sociales. Así profesionales como logopedas, psicólogos, maestros, psicopedagogos, pedagogos, foniatras, fonoaudiólogos aparecen representados de forma desigual en nuestra encuesta y actuando con criterios muy diferentes no siempre acordes con los más comúnmente aceptados como se desprende de la conceptualización del trastorno realizada por los encuestados. Por lo que respecta al entorno profesional en el que desempeñan su actividad profesional es principalmente de naturaleza privada y una amplia mayoría cuenta con muchos años de experiencia

Un grupo muy importante de nuestros encuestados realiza una conceptualización del TEL –segundo de nuestros objetivos-, (el 50.35%, N=73) basada de forma casi exclusiva en el déficit lingüístico. No se menciona en ninguna de las definiciones formuladas la existencia de marcadores específicos del TEL (Conti-Ramsden y Hesketh, 2003) aunque posteriormente cuando se les pregunta por la importancia de su uso en los procesos de identificación los encuestados declaran tenerlos todos en cuenta alcanzando incluso significación estadística dicho uso.

Por lo que respecta a los procedimientos de identificación, los encuestados consideran que la responsabilidad de la identificación del TEL debe ser compartida por varios profesionales como se desprende del hecho de que la categoría “multidisciplinar” fue la más escogida cuando se les ha preguntado por el responsable de llevar a cabo el diagnóstico. La tendencia entre los distintos profesionales es a identificar a la propia profesión del encuestado como responsable del diagnóstico, hecho que sucede

principalmente con logopedas y psicólogos, las dos categorías más representadas en esta encuesta.

Un hecho destacable es que a pesar de que un 94% (N=137) de los encuestados declare la utilización de un procedimiento combinado de pruebas estandarizadas y observacionales, un 20% (N=27) de ellos no indica la utilización de al menos una prueba estandarizada en el proceso de identificación del TEL, circunstancia que interpretada conjuntamente con la enorme diversidad de pruebas que declaran los encuestados utilizar (hasta 99 pruebas diferentes), podría ser indicativa de la presencia todavía de una importante presencia de la utilización de criterios de tipo clínico que propiamente psicométricos en la identificación del TEL quizá vinculada con la falta de consenso sobre la conceptualización del TEL que han manifestado los encuestados. En consonancia con la conceptualización del TEL efectuada por los encuestados, las pruebas de primera elección utilizadas son eminentemente de tipo lingüístico (Figura 2) siendo el ITPA la técnica de primera elección y el PLON la segunda sin efectos de preferencia ni en función de la profesión ni de la experiencia profesional. El hecho de que un 64.3% de los encuestados (N=94) declare utilizar 3 ó más pruebas en el diagnóstico vendría a corroborar todavía una fuerte presencia, ya comentada, del uso preferentemente de los criterios clínicos en la identificación del TEL. Ni profesión ni grado de experiencia parecen ser determinante ni en la elección de prueba a usar en el diagnóstico ni en su número, lo que vendría a rechazar la primera de nuestras hipótesis formuladas.

La escasa diferencia entre los encuestados en cuanto a la edad media en torno a la que se suele diagnosticar el trastorno (5.68 años), sin que existan diferencias estadísticamente significativas debidas ni a la profesión ni al grado de experiencia profesional, podría interpretarse como tardía y sea probablemente debido al hecho de la escasa representatividad entre los encuestados de profesionales que ejercen sus funciones en ámbitos de servicios públicos de salud o servicios sociales en los que suelen llevarse a cabo la valoración de los candidatos a ser diagnosticados como TEL más tempranamente. Tampoco en esta ocasión nuestra segunda hipótesis se ve confirmada, al no haber diferencias en cuanto a la edad del diagnóstico en función de la profesión ni la experiencia.

A pesar de que los encuestados responden de forma estadísticamente significativa sobre la necesidad de incorporar los criterios de naturaleza cognitiva -3ª hipótesis-, un 58% de ellos no declara la utilización de pruebas de evaluación cognitiva

de aspectos no verbales en el proceso de identificación del TEL pese a que el criterio de la discrepancia, como ya se ha expuesto, es uno de los criterios más comúnmente utilizados (Botting y Conti-Ramsden, 2004). Se observa también que la incorporación de los informes de otros profesionales no viene a resolver ese problema de la discrepancia –a tenor de los informes de otros profesionales que son escogidos preferentemente por los encuestados (maestros, audiólogo y médico ORL)- por lo que seguiría siendo necesaria la incorporación de resultados de pruebas cognitivas de naturaleza no verbal en un 42% de nuestros encuestados si se quiere satisfacer dicho criterio diagnóstico (pruebas como la escala Wechsler –Wechsler, 2003; MSCA-McCarthy, 1972; Leiter -Gale y Miller, 1997; o Raven -Raven, Court, y Raven, 1994). No es fácil especular sobre las razones de la falta de utilización de los informes de otros profesionales que realizan habitualmente la exploración cognitiva –psicólogos, por ejemplo- pero podría estar detrás la propia conceptualización del TEL realizada por los encuestados, en la que dicho criterio es insuficientemente tenido en cuenta. La mayor experiencia profesional está detrás de la explicación del uso más frecuente de la información procedente de los maestros en la identificación del TEL. En parte esta podría ser la razón por la que algunos encuestados prescinden de la utilización de exploraciones de tipo cognitivo: un desempeño académico por debajo de los estándares podría ser considerado como una información relacionada con el funcionamiento cognitivo de los candidatos a TEL. Especialmente llamativo resulta cómo los encuestados que declaran ser psicólogos declaran utilizar menos pruebas de naturaleza cognitiva que los encuestados que se identifican como logopedas cuando muchas de las técnicas estandarizadas de evaluación del comportamiento lingüístico provienen del ámbito de la medición psicológica y siendo una tradición más extendida en la formación de los psicólogos la utilización de pruebas diagnósticas de tipo psicométrico.

Parece existir una relación estadísticamente significativa entre grado de experiencia profesional y el uso de algunos criterios de tipo cognitivo –en dos en concreto de los analizados- que apuntan en la dirección de que a mayor experiencia profesional más son tenidos en cuenta en la identificación del TEL sin que ni profesión ni ambas variables conjuntamente tenga efectos sobre su uso. Estos resultados corroborarían parcialmente la tercera de nuestras hipótesis. Su origen podría encontrarse en el mayor grado de familiarización con los criterios generales de identificación del TEL por parte de los profesionales más experimentados.



Respecto a la utilización de los criterios sensoriales en la identificación del TEL -incluida también en nuestra 3ª hipótesis- los encuestados más experimentados declaran usar dos de ellos con más frecuencia, alcanzando significación la diferencia respecto al resto de encuestados con menor experiencia profesional. Son los encuestados con más experiencia profesional los que recurren a información relativa a los aspectos auditivos y la explicación, como en el caso de los criterios cognitivos, se debe de mover en el terreno especulativo interpretando un mayor grado de familiaridad con los criterios de identificación del TEL que los encuestados con menos experiencia.

Los criterios de índole motriz son considerados en su conjunto como necesarios por los encuestados para la correcta identificación del TEL, sin embargo en menor grado que los criterios de índole cognitiva. Los resultados en este caso son contrarios a nuestras previsiones -3ª hipótesis- produciéndose las diferencias significativas a favor del 2º grupo con más experiencia -entre 6 y 9 años- quienes utilizan en mayor medida dicho criterio en la identificación del TEL que el grupo de más experiencia -10 ó más años-. La explicación de este resultado no nos resulta fácil de encontrar por lo que quizá el grupo con ese grado de experiencia profesional acepte los planteamientos que relacionan los problemas lingüísticos con problemas neuromotores (Hill, 2001; Hill, 2010; Muursepp, Aibast y Paasuke, 2011; Vukovic, Vukovic y Sojanovik, 2010; Zelaznik y Goffman, 2010).

En cuanto a los criterios socio-emocionales cuatro de los cinco propuestos son declarados de uso muy frecuente o frecuente en la identificación del TEL por los encuestados, concediendo así importancia al peso de los factores de desarrollo social en el diagnóstico del TEL. La ausencia de resultados significativos que vinculen profesión o grado de experiencia profesional con su uso indican que el grado de importancia de su consideración en el diagnóstico es aceptado uniformemente por los encuestados incumpliendo el pronóstico formulado en nuestra 3ª hipótesis.

La utilización por los encuestados de los informes procedentes de otros profesionales en la identificación del TEL -hipótesis 4ª- pone de manifiesto una clara preferencia por el uso de la información procedente de los maestros seguido por las del audiólogo y el médico ORL. La menor frecuencia de uso del informe del psicólogo indicaría el escaso eco que tiene entre los encuestados la incorporación real de los criterios cognitivos en la identificación del TEL, circunstancia que hace alejarse los procedimientos de identificación del TEL de los más comúnmente aceptados.

En cuanto al grupo de marcadores de riesgo en la identificación del TEL, tercero de los criterios destacados en nuestra introducción -4ª hipótesis-, la estrategia de respuesta utilizada por los encuestados es la de responder afirmando que utilizan todos los que se les ofertan entrando en contradicción con las prácticas de identificación declaradas en la propia encuesta ya que ni los procedimientos ni las técnicas que declaran utilizar incorporan todos los tipos de marcadores sobre los que se les solicitaba opinión. Esto es especialmente destacable en el caso de los indicadores de índole pragmático ya que no aparecen ni entre las pruebas de elección ni entre las posibles descripciones en la pregunta abierta de este apartado (anexo I) ningún procedimiento que permita identificar los marcadores de esta categoría, ni en el caso de la categoría “otros marcadores de TEL” en la que los encuestados afirman tener en cuenta la repetición de pseudopalabras o de palabras polisílabas. Sin embargo ninguna de las pruebas elegidas para la identificación del TEL ni las respuestas a la pregunta abierta de este apartado indican con claridad su utilización. Interpretamos esta situación como una falta de conocimiento por parte de la mayoría de los encuestados de la existencia de este tercer conjunto de criterios potencialmente utilizables en la identificación del TEL por tratarse de criterios menos conocidos y, aparentemente, menos consolidados en la práctica clínica.

## **Conclusiones**

Los resultados de esta encuesta son suficientemente ilustrativos como para poner en cuestión algunos de los procedimientos tradicionalmente utilizados en la identificación del TEL en nuestro entorno. Parece evidente que la propia conceptualización del TEL no goza de un amplio grado de acuerdo entre nuestros encuestados circunstancia que parece ser bastante más común en otros entornos culturales (Lyons et al. 2008). Y en consecuencia con esa caracterización los procedimientos no son ni uniformes ni consensuados lo que debilita todavía más el valor del diagnóstico al identificar y tratar problemas cuya naturaleza puede ser muy diferente.

La evidente falta de un consenso generalizado entre los profesionales en cuanto a la naturaleza del problema se expresa en esta encuesta también en las siguientes observaciones: además de la ya mencionada discrepancia tanto sobre la propia conceptualización del trastorno que pivota entre usar únicamente criterios de discrepancia o criterios de especificidad, una amplia parte de la muestra de los encuestados parece permanecer ajena a otros enfoques como el vinculado con los

marcadores de riesgos de TEL, tercera vía, a tenor de la forma que tienen de responder a la propuesta de incorporación de los mismos en los procesos de identificación ya analizados.

Resultan, por tanto, particularmente reveladores los resultados de este trabajo que ponen de manifiesto la necesidad de lograr un mayor consenso entre los diferentes profesionales que en nuestro entorno se encargan del diagnóstico y tratamiento del TEL. Éste sólo puede tener su punto de partida en la elaboración de estudios más rigurosos sobre la población que padece el trastorno con objeto de establecer las fronteras que lo delimitan nosológicamente, su índice de prevalencia real y sobre los procedimientos estandarizados de identificación. La dispersión actual de enfoques e interpretaciones hacen inviable una hermenéutica acertada de su naturaleza, curso e intervenciones posibles. Resulta igualmente indicado un análisis de los procedimientos de intervención que se llevan a cabo en la actualidad por los diferentes profesionales con objeto de estimar su tipología, metodología, grado de eficacia y duración. Trataremos de ofrecer resultados sobre estos aspectos en estudios posteriores.

## Referencias

- Aguinaga, G., Armentia, M., Fraile, A., Olangua, P., y Uriz, N. (1990). *PLON. Prueba de lenguaje oral Navarra*. Madrid: TEA ediciones.
- Aram, D. M., Morris, R., y Hall, N. E. (1993). Clinical and research congruence in identifying children with specific language impairment. *Journal of Speech & Hearing Research*, 36, 580-591.
- Bedore, L. M., y Leonard, L. B. (2005). Verb inflections and noun phrase morphology in the spontaneous speech of Spanish-speaking children with specific language impairment. *Applied Psycholinguistics*, 26, 195-225.
- Bortolini, U., Arfé, B., Caselli, M. C., Degasperi, L., Deevy, P., y Leonard, L. B. (2006). Clinical markers for specific language impairment in Italian: The contribution of clitics and non-word repetition. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 41, 695-712.
- Botting, N., y Conti-Ramsden, G. (2004). Characteristics of children with specific impairment. En L. Verhoeven, & H. van Balkom (Eds.), *Classification of developmental language disorders: Theoretical issues and clinical implications*. (pp. 21-38). Nueva York: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Nueva York: Lawrence Erlbaum.
- Cole, K. N., Dale, P. S., y Mills, P. E. (1990). Defining language delay in young children by cognitive referencing: Are we saying more than we know? *Applied Psycholinguistics*, 11, 291-302.
- Conti-Ramsden, G., y Hesketh, A. (2003) Risk markers for SLI: A study of young language-learning children. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 38, 251-263.
- eCIE-maps-CIE-10 Visitado el 7/5/2012, 2012, de [http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index\\_10\\_2008.html#search=F80.9&index=enf&searchId=1341477058078&historyIndex=5](http://eciemaps.mspsi.es/ecieMaps/browser/index_10_2008.html#search=F80.9&index=enf&searchId=1341477058078&historyIndex=5)
- Frances, A., Pincus, H.A., y First, M.B. (2001). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Elsevier-Masson.
- Gale, R., y Miller, L. (1998). *Leiter international performance scale*. Illinois: Wooddale.
- Hill, E. L. (2001). Non-specific nature of specific language impairment: A review of the literature with regard to concomitant motor impairments. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 36, 149-171.
- Hill, E. L. (2010). Motor difficulties in specific language impairment: Evidence for the Iverson account? -A commentary on Iverson's 'developing language in a developing body: The relationship between motor development and language development. *Journal of Child Language*, 37, 287-292.
- Kirk, S., McCarthy, J., y Kirk, W. (1962). *The Illinois test of psycholinguistic abilities*. Urbana, IL: University of Illinois Press.
- Lyons, R., Byrne, M., Corry, T., Lalor, L., Ruane, H., Shanahan, R., y McGinty, C. (2008). An examination of how speech and language therapists assess and diagnose children with specific language impairment in Ireland. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10, 425-437.
- McCarthy, D. (1972). *Escalas McCarthy de habilidades infantiles*. Madrid: TEA.
- Muursepp, I., Aibast, H., y Paasuke, M. (2011). Motor performance and haptic perception in preschool boys with specific impairment of expressive language. *Acta Pediátrica*, 100, 1038-1042.

- Navarrete, J. J. B., Torres, J. A., Sánchez, M. G., y Rodríguez, M. J. (2004). Evaluation of the psycholinguistic characteristics in specific language impairment diagnosis. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 24, 142-155.
- Owen, A. J., Dromi, E., y Leonard, L. B. (2001). The phonology-morphology interface in the speech of Hebrew-speaking children with specific language impairment. *Journal of Communication Disorders*, 34, 323-337.
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual*. Berkshire: McGraw-Hill International.
- Raven, J. C., Court, J. H., y Raven, J. (1994). *Advanced progressive matrices Raven manual*. Oxford: Oxford Psychologists Press.
- Records, N. L., y Tomblin, J. B. (1994). Clinical decision making: Describing the decision rules of practicing speech-language pathologists. *Journal of Speech & Hearing Research*, 37, 144-156.
- Rice, M. L., y Wexler, K. (1996). Toward tense as a clinical marker of specific language impairment in english-speaking children. *Journal of Speech & Hearing Research*, 39, 1239-1257.
- Skahan, S. M., Watson, M., y Lot, G. L. (2007). Speech-language pathologists' assessment practices for children with suspected speech sound disorders: Results of a national survey. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 16, 246-259.
- Stark, R. E., y Tallal, P. (1981). Selection of children with specific language deficits. *Journal of Speech & Hearing Disorders*, 46, 114-122.
- Tomblin, J. B. (2008). Validating diagnostic standards for specific language impairment using adolescent outcomes. En C. F. Norbury., J. B. Tomblin., & D. V. M. Bishop (Eds.). *Understanding developmental language disorders: From theory to practice* (pp. 93-114) New York: Psychology Press.
- Tomblin, J. B., Records, N. L., y Zhang, X. (1996). A system for the diagnosis of specific language impairment in kindergarten children. *Journal of Speech & Hearing Research*, 39, 1284-1294.
- Vukovic, M., Vukovic, I., y Stojanovic, V. (2010). Investigation of language and motor skills in Serbian speaking children with specific language impairment and in typically developing children. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1633-1644.
- Wechsler, D. (2003). *WISC-IV: Technical and interpretive manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Zelaznik, H. N., y Goffman, L. (2010). Generalized motor abilities and timing behavior in children with specific language impairment. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 53, 383-393.

## Anexo I

### Encuesta sobre los procesos de identificación del trastorno específico del lenguaje

Cumplimentar registro (todos los datos son anónimos)

COLEGIACIÓN:     SI     NO

PROFESIÓN:

PROCEDENCIA:

LUGAR DE TRABAJO

EXPERIENCIA PROFESIONAL:

Hasta 2 años     Entre 5 y 6 años     Entre 6 y 9 años     Más de 10 años

CONCEPTO DE TRASTORNOS DEL QUE SE PARTE.

SU DEFINICIÓN DE TRASTORNO ESPECÍFICO DEL LENGUAJE (defina lo que entiende por TEL de la forma más breve posible –máximo 250 caracteres)

En su práctica profesional ¿quién es el encargado del diagnóstico?

Procedimiento diagnóstico que utiliza

- Observacional sólo
- Sólo pruebas estandarizadas
- Observacional + pruebas estandarizadas
- Otro

Otros procedimientos diagnósticos (si ha seleccionado “otro” en la pregunta anterior, descríbalos aquí)

Edad media aproximada de los sujetos diagnosticados de TEL en su práctica profesional (expresada en años):

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11      12

Si utiliza pruebas en el proceso de evaluación/diagnóstico indique las que use habitualmente (rellene sólo los campos que necesite)

1	
2	
3	
4	
5	
6	

¿Con qué frecuencia utiliza los criterios siguientes en el diagnóstico de TEL?  
(deje sin responder los que no utilice)

#### ASPECTOS COGNITIVOS

CRITERIOS	FRECUENCIA
Habilidades cognitivas	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Discrepancia resultados en pruebas verbales-manipulativos en la evaluación psicológica	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Discrepancia entre la evaluación del habla/lenguaje y resultados en pruebas verbales de la exploración psicológica	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Puntuaciones verbales y	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)



manipulativas	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
en las escalas de dificultades	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
de aprendizaje	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)

## ASPECTOS SENSORIALES

CRITERIOS	FRECUENCIA
Habilidades auditivas	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Pérdida auditiva neurosensorial	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Pérdida auditiva de conducción	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Problemas en el procesamiento sensorial	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)

## ASPECTOS MOTORES

CRITERIOS	FRECUENCIA
Habilidades motoras	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Problemas de coordinación motora fina	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)

	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Problemas de coordinación motora gruesa	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)

### CRITERIOS SOCIO/EMOCIONALES

CRITERIOS	FRECUENCIA
Aspectos emocionales	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Problemas de comportamiento	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Problemas en las relaciones sociales	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Intereses y actividades restringidos	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Dificultades en el pensamiento imaginativo	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)

## INCLUSIÓN DE INFORMES DE OTROS PROFESIONALES

¿CON QUÉ FRECUENCIA INCLUYE REFERENCIAS A LOS INFORMES DE OTROS PROFESIONALES?

INFORMES	FRECUENCIA
Psicológicos	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Audiológicos	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Orientador escolar	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Terapeuta ocupacional	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Otorrino	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Profesor	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)
Foniatra	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)

Otros profesionales	<input type="checkbox"/> casi siempre (76-100% de las veces)
	<input type="checkbox"/> con bastante frecuencia (51-75 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> con poca frecuencia (26-50 % de las veces)
	<input type="checkbox"/> muy pocas veces (0-25%)

## INDICADORES DE RIESGO DE TEL

(Seleccione de cada categoría los que consideras que son factores de riesgo de TEL)

Considerando en la columna de la izquierda las dificultades relacionadas con la PRAGMÁTICA, señale con un SI en la columna de la derecha las que considere son indicadores de riesgo de TEL

Contacto ocular	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Atención	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Atención auditiva (escucha)	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Mantenimiento y relevancia del tema en una conversación	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Toma de turnos	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Inicio y mantenimiento de una conversación	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Habilidades narrativas	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Otros aspectos pragmáticos no mencionados (describe cuáles)		

Considerando en la columna de la izquierda las dificultades relacionadas con la SINTAXIS, señale con un SI en la columna de la derecha las que considere son indicadores de riesgo de TEL

Orden de las palabras en la oración	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Pronombres	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Morfología	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Concordancia sujeto-verbo	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Estructuras gramaticales de negación	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Coexistencia de formas  
 maduras/inmaduras gramaticales  si  no

Otros aspectos de la sintaxis (describe  
 cuáles)

Considerando en la columna de la izquierda las dificultades relacionadas con la SEMÁNTICA, señale con un SI en la columna de la derecha las que considere son indicadores de riesgo de TEL

Búsqueda de Palabras  si  no

Verbos  si  no

Comprensión  si  no

Vocabulario  si  no

Lenguaje figurado (metáforas, segundas  
 intenciones, etc.)  si  no

Conceptos relacionales  
 (comparativos, cantidad, términos  
 espacio-temporales)  si  no

Otros riesgos semánticos (describe cuáles)

Considerando en la columna de la izquierda las dificultades, señale con un SI en la columna de la derecha las que considere son indicadores de riesgo de TEL

Antecedentes familiares del trastorno  si  no

Dificultades con la repetición de  
 pseudopalabras  si  no

Dificultades de pronunciación de palabras  
 polisílabas  si  no

Problemas de conciencia fonológica  si  no

Presencia de ecolalia  si  no

Falta de progreso en la terapia  si  no

Preocupación familiar por el problema  
 lingüístico/comunicativo  si  no

Otros riesgos (describe cuales)