

TRASTORNOS DE APRENDIZAJE EVALUADOS Y TRATADOS EN UN CENTRO DE SALUD

Lic. en Educ. Especial Sara London Liebshon

Introducción

Trastornos de aprendizaje: definición del problema

En 1976, un grupo de neurólogos realizó en Estados Unidos un estudio con el fin de establecer una definición de los problemas de aprendizaje, siendo aceptada por el Gobierno la siguiente: "Los niños con problema de aprendizaje son aquellos que tienen una alteración en uno o más de los procesos psicológicos básicos involucrados en la comprensión del lenguaje hablado o escrito, el cual repercute en una inhabilidad para pensar, hablar, leer, escribir, deletrear o efectuar cálculo matemático. Puede estar relacionada con lesión cerebral, problemas de percepción, dislexia y afasia de desarrollo" (1).

El desarrollo histórico de los enfoques sustentados frente a los problemas de aprendizaje muestra que las primeras descripciones con las que estos se distinguieron se apoyaron en el método anatomoclínico, sustentadas por problemas de afasia, por ser éstos los puntos de referencia más próximos con que contaban los primeros investigadores.

En un principio la preocupación fue médica, luego psicológica y después pedagógica.

Existen ciertos criterios neurológicos que atienden a la maduración orgánica de las funciones cerebrales superiores. Otros criterios psicológicos y pedagógicos veían rasgos comunes dentro de los problemas de aprendizaje. Sin embargo, la neurofisiología cerebral abrió el camino hacia la importancia de la atención, de la memoria, etc. También existen diferentes opiniones que enmarcan el problema de la dislexia genética o adquirida (2).

El grupo de investigación de la dislexia evolutiva de la Federación Mundial de Neurología, propuso en 1968 dos definiciones:

1. *Dislexia Evolutiva Específica*: "Es un trastorno que se manifiesta en la dificultad de aprender a leer, a pesar de la instrucción convencional, de la buena inteligencia y de las oportunidades socioculturales; depende de ineptitudes cognitivas básicas que frecuentemente son de origen constitucional".

2. *Dislexia*: "Es un trastorno que se observa en los niños que a pesar de su formación o experiencia escolar convencional, no pueden desarrollar las facultades lingüísticas de la lectura, de la escritura y del deletreo correspondientes a su capacidad intelectual" (3).

A medida que se ha hecho conciencia en los padres

de familia, maestros, educadores y demás personas pendientes del desarrollo del pequeño acerca de los posibles problemas de aprendizaje que el niño puede presentar, el diagnóstico se ha ido haciendo a una edad mucho más temprana. Ello hace que, erróneamente, se crea que ha aumentado el número de niños con problemas, cuando la realidad es distinta.

Desde que el pequeño entra en contacto con el medio ambiente preescolar y escolar es evaluado, emitiéndose un pronóstico acerca de su rendimiento en las diversas áreas: la sensorio-motriz, la perceptivo-motriz, los niveles de abstracción, la simbolización (lenguaje), la socialización, etc.

En la actualidad, algunas escuelas cuentan con personal especializado para llevar a cabo los estudios pertinentes en cuanto se detecta algún tipo de anomalía en el niño. Generalmente tienen un departamento de Psicología y/o Servicio de Educación Especial integrado a la institución misma.

La necesidad de contar con Servicios de Educación Especial en el país crece día a día a todos los niveles sociales, económicos y culturales. El tratamiento que proporciona la Educación Especial debe hacerse extensivo para que pueda perder el carácter elitista que ha conservado hasta ahora y sea accesible a todos los niveles. Desafortunadamente, el número de especialistas en esta área es muy reducido comparado con la demanda existente.

El campo de la Educación Especial ha recibido una gran difusión y cada año aumenta el número de profesionistas que egresan de los Centros de Estudios Superiores, así como el número de estudiantes que ingresan a ellos; pero aún así, se continúa trabajando de manera individualizada y el alcance de los beneficios que esta especialidad puede reportar resultan insuficientes.

Los datos recabados por el Sistema de Información Psiquiátrica del Instituto Mexicano de Psiquiatría reportan que el 35 % de los motivos de consulta en los servicios de psiquiatría y salud mental de la SSA son por trastornos infantiles (4).

Descripción del programa

Como respuesta a dichas necesidades se integró el programa de Intervención Terapéutica para Niños y Adolescentes (UTNA), en el Servicio de Salud Mental del Centro de Salud "Gustavo A. Roviroso Pérez", con el subprograma de Educación Especial incluido en el

Salud Mental V. 6 No. 4 invierno 1983

mismo (5).

Esta Unidad se constituye multidisciplinariamente y está fundamentalmente diseñada para atender las necesidades tanto de niños como de pre y adolescentes que refieran los trastornos en el aprendizaje y el bajo rendimiento escolar como el motivo principal de consulta.

Procedimiento diagnóstico

Material y Método: El objetivo primordial radica en definir la modalidad terapéutica (5) a seguir, para lo cual se requiere de lo siguiente:

1. Un niño o un grupo de niños del último grado preescolar en adelante (escuela primaria), que tenga los trastornos mencionados, para ser valorado en forma grupal (máximo 6 niños).
2. Un equipo multidisciplinario formado por un psiquiatra, un psicólogo, una educadora especializada, una pedagoga y una trabajadora social.
3. Material de evaluación constituido en la forma preestablecida y diseñado con el objeto de valorarlo en tres áreas: la neurológica, la del lenguaje y la psicopedagógica.

Neurológica: Llevar a cabo la exploración de algunos signos neurológicos leves para considerar el grado de maduración o de trastornos orgánicos, que incluyen: adiadococinesia, dedo-nariz, temblor, fibrilación lingual, lateralidad, marcha, audición, Romberg y nistagmus.

Lenguaje: Exploración de las estructuras articulatorias (motilidad lingual y labial, oclusión dental, paladar duro y blando y frenillo sublingual).

Exploración del lenguaje: vocabulario, sintaxis, formas gramaticales, fluidez, etc.

Psicopedagógico: Consiste en una prueba sencilla que muestra los aspectos y las características cognitivas en forma tanto objetiva como proyectiva. Esta incluye: Dibujo de la figura humana, dibujo del reloj (copia y libre), escritura (copia, dictado y libre), lectura de 20 palabras acorde al grado escolar, memoria de

fijación (auditiva) y socialización.

Aparte, y en forma individual, se utilizan otras formas de evaluación psicológica (psicométricas y/o proyectivas).

Después de evaluar al menor en la forma descrita, y en caso de que el diagnóstico de trastorno de aprendizaje sea confirmado, se le incluirá en el grupo terapéutico correspondiente, iniciándose el tratamiento compuesto por:

- a) Educación especializada.
- b) Orientación a padres o responsables (grupal y/o individual).
- c) En caso necesario se agrega la farmacoterapia administrada por el psiquiatra del equipo.

Procedimiento terapéutico

El bloque de Educación Especial se compone de dos grupos: El primero está integrado por niños de ambos sexos, entre los 9 y los 11 años, que presenten como característica fundamental una deficiencia en lecto-escritura. El segundo comprende niños de ambos sexos, entre los 7 y los 9 años, que se encuentren en el nivel de prelectura y escritura.

El trabajo lo realiza un equipo integrado por una educadora especial que funciona como terapeuta y se encarga de los problemas de aprendizaje; y una psicóloga, cuyo objetivo es fungir como coterapeuta para controlar la atención, los problemas conductuales y/o alguna situación imprevista.

En la dinámica de grupo los roles se invierten ya que, por lo general, los niños con trastornos de aprendizaje presentan perturbaciones conductuales que requieren de un manejo en forma paralela.

Entrenamiento terapéutico

Se ejercitan áreas de desarrollo por medio de actividades programadas para la adquisición de nuevos repertorios en forma gradual en los niveles A, B o C.

CUADRO 1

Programa 02.22.79
 UNIDAD TERAPEUTICA PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES (UTNA)
 Subprograma Educación Especial
 Forma de evaluación de rendimiento clínico - V 3

Mes: _____ Nombre: _____

Fech. de nac. _____

No. Exp.: _____

Grupo: _____

| | | Clave de Evolución Mensual | | | | | | | |
|---|--|----------------------------|------------------|-------------------|---------------|---------------|----------------|--------------------|-------------------|
| | | Alta | Progreso notable | Progreso moderado | Progreso leve | Estancamiento | Regresión leve | Regresión moderada | Regresión notable |
| Habilidades | | 08 | 07 | 06 | 05 | 04 | 03 | 02 | 01 |
| Repertorios presurantes lecto-escritura A B C | | | | | | | | | |
| Lectura A B C | | | | | | | | | |
| Mecánica en la Lectura A B | | | | | | | | | |
| Escritura A B C | | | | | | | | | |
| Lenguaje A B C | | | | | | | | | |
| Social A B C | | | | | | | | | |
| Afectiva | | | | | | | | | |
| | | 56 | 49 | 42 | 35 | 28 | 21 | 14 | 7 |

1a. 3a. 4a. 2a.

Los objetivos terapéuticos se establecen para cada caso en particular, en relación a su nivel de funcionamiento y a su problemática.

Area a desarrollar:

Se ejercitan las siguientes áreas:

– Repertorios precurrentes a la lecto-escritura:

A. Percepción visual-auditiva.

B. Noción espacial.

C. Noción temporal.

– Lectura:

a. Reconocimiento de fonemas en forma aislada, asociación de fonema consonántico + fonema vocálico en forma directa e inversa.

b. Evocación y reconocimiento analítico y global de palabras, frases y oraciones.

c. Oraciones: contenido de un texto, comprensión global del texto (síntesis), comprensión detallada del texto (análisis), A.B.C. utilizando patrones visual-auditivos (traducción de los símbolos visuales a sonidos y viceversa).

– Calidad de la lectura:

a. Velocidad.

b. Fluidez.

c. Ritmo.

– Escritura:

a. Copia 1. Formas 2. Gramemas

3. Fonograma 4. Auditiva 5. Kinestésica

b. Dictado 1. Fonemas 2. Sílabas

3. Palabras 4. Frases
aisladas

5. Oraciones

c. Espontánea con motivación libre

– Social afectiva:

a. Participación en grupo.

b. Seguimiento de órdenes.

c. Integración al grupo.

– Lenguaje:

a. Vocabulario.

b. Fluidez y codificación.

c. Destreza fonética.

Forma de registro de la investigación

Tomando en consideración los objetivos terapéuticos señalados para cada caso, se encerrará en un círculo A, B o C el nivel al que el niño está respondiendo en cada una de las áreas de trabajo (ver cuadro 1).

Se diseñaron formas de registro de acuerdo a las necesidades de la investigación, en las que se maneja y concentra la información a manera de seguimiento de la evolución de cada uno de los pacientes en función de su tratamiento.

Para cada caso en particular y en base a su problemática, se establecen los objetivos terapéuticos de acuerdo al programa descrito anteriormente.

La evolución se registra mensualmente según la clave de evolución, como se presenta en el cuadro II.

CUADRO II

CLAVE DE EVOLUCION

| Clave de evolución | | Alcanzada por objetivos terapéuticos | Emite respuestas |
|--------------------|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| 01 | Regresión notable | 3 | 0 |
| 02 | Regresión moderada | 3 | 1 |
| 03 | Regresión leve | 3 | 2 |
| 04 | Estancamiento | 0 | 0 |
| 05 | Progreso leve | 1 | 1 |
| 06 | Progreso moderado | 2 | 2 |
| 07 | Progreso notable | 3 | 3 |
| 08 | ALTA | | Todos los objetivos Terapéuticos. |

Cuantitativos

Total de casos diagnosticados en el programa de intervención terapéutica para niños y adolescentes (UTNA): 248. Se trataron 206 casos, de los cuales 73 (35 %) correspondieron al bloque de Educación Especial.

Se impartieron 106 sesiones (53 por grupo), *sumando un total de 1 709 consultas subsiguientes. El porcentaje de la asistencia total al programa fue del 17 %, lo que implica que el promedio de asistencia por sesión en cada uno de los grupos fue de 8 niños. El promedio de asistencia fue del 70 % en relación a lo programado.

RESULTADOS OBTENIDOS

Cualitativos: La distribución de los casos en relación con la clave de evolución (progreso) fue de la siguiente manera:

CUADRO III

| Casos tratados | 73 | 100 % |
|----------------|----|-------|
| Sexo masculino | 45 | 62 % |
| Sexo femenino | 28 | 38 % |

CUADRO IV

| | Número de Casos | % |
|-----------------|-----------------|-------|
| Casos tratados | 73 | 100 % |
| Altas | 32 | 44 % |
| Progresaron | 19 | 26 % |
| Deserción | 13 | 18 % |
| Canalizaciones | 6 | 8 % |
| Sin información | 3 | 4 % |

Conclusiones

En relación a los objetivos fijados en general, se puede decir que el programa está funcionando bien, ya que en un tiempo promedio de seis meses de asistencia al grupo de Educación Especial se observa en el niño un mejor rendimiento escolar desde el punto de vista tanto conductual como académico.

En el caso de niños con deficiencias en la lecto-escritura (omisiones, inversiones, sustituciones, etc.), se ha logrado que la incidencia de las mismas se reduzca y que el niño adquiera el control del error en sí mismo, por lo que podemos pronosticar que cuando sea dado de alta del grupo de Educación Especial seguirá obteniendo progresos considerables.

* Cada sesión implica 2 consultas, ya que en la primera hora se realizan las actividades de educación especial y en la siguiente hora, las dinámicas de grupo.

CUADRO V

DISTRIBUCION DE LOS CASOS QUE EVOLUCIONARON HASTA DARSE DE ALTA

| No. | Clave de evolución | Sesiones a las que asistieron (promedio) | % |
|-----|-------------------------|--|-------|
| 1 | 05 Progreso leve | 4 | 3 % |
| 14 | 06 Progreso moderado | 26 | 43 % |
| 17 | 07 Progreso notable | 27 | 53 % |
| 32 | | | 100 % |

Cuando reincide por otro tipo de deficiencia, el niño es nuevamente introducido al grupo (aunque estos casos no parecen ser muy frecuentes). Estos casos se registran como reingresos posteriores al alta, ya sea con el diagnóstico anterior o con el pertinente en el momento de su reingreso (reingreso con otro diagnóstico).

En cuanto a los niños que aún no habían adquirido la lecto-escritura, ésta la adquieren como resultado del tratamiento.

Este proceso resulta más sencillo porque el aprendizaje se lleva a cabo con material nuevo, no de tipo correctivo en la etapa simbólica, como en el caso anterior.

Del total en niños tratados se presentó un índice de deserción del 18 %.

CUADRO VI

DISTRIBUCION DE LOS CASOS QUE PROGRESARON

| No. | Clave de evolución | Sesiones a las que asistieron (promedio) | % |
|-----|-------------------------|--|-------|
| 9 | 04 Estancamiento | 4 | 47 % |
| 4 | 05 Progreso leve | 10 | 21 % |
| 5 | 06 Progreso moderado | 20 | 26 % |
| 1 | 07 Progreso notable | 49 | 5 % |
| 19 | | | 100 % |

CUADRO VII

DISTRIBUCION DE LOS CASOS QUE DESERTARON

| No. | Clave de evolución | Sesiones a las que asistieron (promedio) | % |
|-----|---------------------|--|-------|
| 2 | 04 Estancamiento | 3 | 15 % |
| 11 | 05 Progreso leve | 25 | 85 % |
| 13 | | | 100 % |

Resulta interesante analizar lo que muestra el cuadro VII, en el que el 85 % de los casos de deserción, con una asistencia promedio de 25 sesiones (lo que implica el 50 % del tratamiento), presentó un progreso clasificado como leve (05).

Hay algunos padres que en cuanto aprecian una mejoría en el desenvolvimiento y desempeño de sus hijos consideran que éstos ya han obtenido el beneficio requerido en el tratamiento. De haber continuado asistiendo al grupo se hubieran considerado como casos dados de alta, lo que hubiera aumentado la efectividad del tratamiento en el niño y nos daría índices más elevados de confiabilidad en el funcionamiento adecuado de nuestro programa.

Del total de pacientes tratados, 45 (62 %) eran varones y los 28 restantes (38 %) eran mujeres, encontrándose una relación de 1.9 a 1 (2 a 1). Este dato resulta importante para corroborar los estudios realizados por Mc. Donald Critchley, en los que encontró una proporción de 4 a 1 (varones frente a mujeres) que presentaban "dislexia evolutiva" (3).

CUADRO VIII

| | | |
|---|----|-------|
| Total de casos tratados | 73 | 100 % |
| Casos en los que se administró farmacoterapia | 18 | 25 % |
| Casos de sexo masculino | 12 | 67 % |
| Casos de sexo femenino | 6 | 33 % |

Se consideró prudente la administración de fármacos en el 25 % del total de los pacientes incluidos en los grupos de Educación Especial, de los cuales el 66 % eran varones y solamente un 33 % eran mujeres. Es importante señalar que no estamos hablando aquí exclusivamente de "dislexia evolutiva", sino de trastornos de aprendizaje en general. Lo que resulta interesante hacer notar es que la proporción de población masculina y femenina se mantiene tanto en el número de casos tratados como en los que se administró farmacoterapia. Esta proporción, aparentemente lógica, resulta engañosa, ya que nuestra población presenta de ante-

mano una relación de 2 a 1. Al mantenerse de igual forma para la farmacoterapia nos indica que, en este caso, la relación como producto de las necesidades de los pacientes es de 1 a 1. O sea que el mismo porcentaje de hombres que de mujeres, en números relativos, requiere farmacoterapia. No es así en el caso de las necesidades de terapia en Educación Especial, en donde se ha encontrado un índice más alto en varones, con proporciones distintas, en la mayoría de los estudios realizados. En los cuadros VIII y IX se puede observar que la combinación de ambos tratamientos resultó efectiva en 12 de los 18 casos. Por otro lado, el 8 % de los pacientes, debido a su diagnóstico (severo), fue canalizado a Escuelas de Educación Especial de la Secretaría de Educación Pública. Esto nos muestra que la mayoría de los pacientes (92 %) recibe tratamiento y que, en caso contrario, se les orienta acerca de las alternativas para el tratamiento de su problemática.

CUADRO IX

DISTRIBUCION DE CASOS EN CUANTO A SU PROGRESO

| | % | Pacientes | Clave de evolución | Tiempo (promedio) |
|------------------------|--------------|-----------|--------------------|--------------------------|
| Progreso notable ALTA | 22 % | 4 | 07 | 7.3 meses 42 sesiones |
| Progreso moderado ALTA | 11 % | 2 | 06 | 6.6 meses 39 sesiones |
| Progreso leve | 33 % | 6 | 05 | 5.4 meses 35 sesiones |
| Estancamiento | 33 % | 6 | 04 | 24 sesiones |
| TOTAL | 100 % | 18 | | |

Resulta de vital importancia para el funcionamiento del programa el que el niño continúe asistiendo regularmente a la Escuela Primaria. A pesar de los constantes fracasos y frustraciones, esto le permite mantenerse en un medio ambiente social adecuado, evitando la segregación. El tratamiento debe considerarse como apoyo extra-escolar. A pesar de esto, los niños asisten al programa dos veces por semana (dos horas cada vez) a la hora de clases, pero el resto del tiempo lo pasan con sus profesores, con los que establecen alguna forma de contacto y reciben retroalimentación acerca de sus progresos como resultado del tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. BILL R GEARHEART: *Learning Disabilities* St. Louis C.V. Mosby Co, pag. 8-9, 1977.
2. FERNANDEZ P, GALEK F, MUSI M, RANGEL G: *Metodología de lecto-escritura para niños con problema de aprendizaje*, pag. 9-10, México, agosto 1979 (Tesis para obtener título de Licenciado en Educación Especial).
3. MC. DONALD CRITCHLEY: *El niño disléxico*, Alcoy: Editorial Marfil, S.A., pag. 31, México, 1975.
4. DE LA FUENTE R: Acerca de la Salud Mental en México. *Salud Mental*, 5 (3) otoño 1982.
5. MACIAS-VALADEZ T G: Programa de Intervención Terapéutica para Niños y Adolescentes en Centros de Salud. *Cuadernos Científicos CEMESAM*, 12, Instituto Mexicano de Psiquiatría. pag. 227-244, México, 1980.